Hôpital des cliniques.

Leçons orales

de Monsieur le professeur Nélaton.

1852.

1.

A mon excellent maitre

Monsieur le Professeur Nélaton,

Son élève reconnaissant,

E. Triquet

Kyste hydatique du Foie.

Leçon du 8 Janvier 1852.

Le n° 19 de nos salles est occupé par un homme âgé de 49 ans, d'une assez bonne santé et d'une constitution forte.

Il y a trois ans, Messieurs, cet homme a éprouvé une assez vive douleur dans la région du flanc droit; quatre mois plus tard, cette douleur, s'étant fait de nouveau sentir, fut combattue par ~~de~~ une application de sangsues; six mois après on eut recours à un vésicatoire.

Enfin, après avoir ainsi fréquemment éprouvé des douleurs, le malade entra en 1850 à l'hôpital Beaujon, dans le service de Mr. Robert.

L'existence d'une tumeur volumineuse fut constatée dans l'hypocondre droit; on diagnostiqua probablement un Kyste, et l'on fit une ponction qui, dit le malade, donna issue à un liquide transparent: cette ponction produisit un soulagement notable et permit au malade de sortir de l'hôpital.

La même affection a fait entrer le 20 Xbre dernier

ce malade dans notre service.

Il porte au côté droit, au-dessous des côtes, une tumeur volumineuse occupant une partie de l'épigastre, et s'étendant presque jusqu'à l'hypocondre gauche. La percussion donne une matité complète; à la palpation cette tumeur, qui semble d'abord ferme, présente de la fluctuation, de cette fluctuation à laquelle nous avons donné le nom de Flot du liquide.

On [illegible] perçoit [illegible] le frémissement hydatique.

La douleur est locale.

Nous avons donc ici, Messieurs, une tumeur du foie, un kyste hydatique.

Monsieur le professeur Nélaton, dans le traitement de ce kyste hydatique, a employé le procédé de Récamier, que chacun connaît, et qui consiste, en résumé, à faire adhérer le péritoine en opérant de petites cautérisations pour amener une inflammation locale.

Le 11 janvier — application de la pâte caustique ; formation d'une escarre large comme une pièce de deux francs.

12, 13, 14 ..... 22, mêmes applications de caustique —

24, 26, 28, (tous les deux jours) ~~même~~ continuation de ces applications de caustique

4 — 3 février ; nouvelle application

Du 3 au 16, cessation des applications de caustique

16 — Introduction d'une éponge préparée pour agrandir la plaie ;

17, Ponction de la tumeur ; évacuation d'un liquide blanc, séreux, en partie purulent, il reste à peu près deux litres de liquide ;

18, rien de particulier

19 — frisson ; m.r le Professeur Nélaton craint une infection putride) ;

20 février — Pour prévenir cette infection, injection iodée qui présente cette particularité que pas une seule goutte de l'iode injecté ne sort de la plaie; toutefois, il n'en résulte rien de fâcheux pour le malade.

21, 22 et 23, nouvelles issues du liquide (2l ½ de chaque fois). — nouvelle injection iodée.

Cependant cette suppuration abondante fait rapidement dépérir le malade.

24, un peu de frissons, 100 pulsations; envies de vomir, fétidité du pus.

25; amélioration

26, 27 et 28, — injections

1er Mars — On constate une constipation datant de 17 jours; d'abord, on ne cherche pas à la combattre; ensuite elle résiste à l'eau de Sedlitz deux fois, et à l'huile de Ricin (16 gr). Elle cède enfin à quelques gouttes de croton.

Les jours suivants, on remplace les injections iodées par des injections chlorurées que l'on continue deux fois par jour.

Le 1er avril; le malade sort de l'hôpital en bonne voie de guérison; la poche ne contient plus que quelques traces de liquide.

Du Cancer de la vessie

Leçons des 20 Janvier 1852.
en

Il y a deux jours (le 18 Janvier 1852), est entré dans nos salles, où il occupe le lit n° 15, un chapelier, âgé de 55 ans, se plaignant de difficulté d'uriner et de douleurs légères dans l'hypogastre.

Il dit avoir toujours joui d'une bonne santé; seulement, en 1844, il a eu un certain nombre d'hémorrhagies nasales assez copieuses; le sang était vermeil: elles n'ont du reste pas reparu. Quatre ou cinq chaudepisses, d'une durée moyenne

dont la dernière remonte à trois ans; par d'influence cachectique ou héréditaire sur sa santé générale.

Il y a six mois, il a été pris subitement d'une hématurie assez abondante, survenue sans cause appréciable et sans aucune douleur.

Le malade a repris ses travaux après cet accident, et, depuis cette époque, il a eu des besoins d'uriner plus fréquens qu'à l'ordinaire, et parfois il ressentait, pendant qu'il rendait ses urines, une douleur assez vive à l'extrémité de la verge, s'accompagnant de chatouillemens désagréables; il rendait souvent, après avoir

uriné, la valeur d'un plein de dé à coudre de sang.

Il n'a jamais rendu de calculs, et, bien qu'il affirme avoir éprouvé quelquefois de légères douleurs dans la région rénale gauche, s'irradiant vers la vessie, nous ne trouvons pas là les signes d'une affection calculeuse de cet organe. Le malade a été sondé déjà par plusieurs chirurgiens, qui n'ont pas constaté de calculs dans la vessie; il s'est présenté à nous amaigri, anxieux, tourmenté par des besoins fréquents d'uriner, et rendant une urine un peu colorée, mais encore limpide.

l'exploration est jugée nécessaire pour établir le Diagnostic.

J'ai pris une sonde pleine en étain, à très-petite courbure, et j'ai pénétré sans difficulté et sans occasionner de douleur jusque dans la vessie : Dirigeant alors le bec de la sonde en haut et en avant, il a été facile de le ramener du fond vers le col de la vessie en lui faisant ~~exercer~~ exécuter des arcs de cercles latéraux, et j'ai senti ce bec s'arrêter derrière la symphise du pubis.

La même manoeuvre exécutée, le bec de la sonde étant à droite, m'a fait reconnaître que la vessie, sans

être grande, présente encore une certaine capacité, et qu'elle est libre à droite et en haut, le bec de la sonde dirigé à gauche, on peut d'abord exécuter les arcs de cercles ~~de~~ latéraux, mais bientôt il ne nous a plus été possible d'attirer la sonde vers le pubis: elle a été arrêtée par une masse assez grosse, qui nous a paru molle, et qui a maintenu cette sonde à environ deux pouces plus profondément que dans les autres parties de la vessie.

Cette exploration a été suivie de la perte d'une très-petite quantité de sang

par l'urètre; le doigt dans le rectum nous a fait constater que la prostate présente son volume normal, mais elle est un peu dure. Nous n'avons pas senti de tumeur à l'hypogastre, la région rénale gauche est un peu plus sensible à la pression que la droite.

Pendant les premiers jours, le malade a paru conserver sa santé habituelle, mais bientôt est survenu un symptôme qui a confirmé le diagnostic déjà porté: le malade a rendu par l'urètre quelques portions de matière molle, noirâtre ou rougeâtre à l'extérieur,

d'un blanc grisâtre à l'intérieur, qu'il désigne sous le nom de Carllots, mais qui, examinés au microscope par m. Robin, ont présenté les caractères de la matière encéphaloïde.

Un dévoiement inquiétant est survenu il y a quelques jours; les urines, bourbeuses, contiennent une plus grande quantité de fragmens encéphaloïdes, et exhalent une odeur repoussante qui a été donnée comme ~~cotar~~ caractéristique de ce cancer; en même temps, le malade s'est plaint d'une douleur déchirante dans la fosse iliaque gauche,

s'irradiant vers la ligne médiane.

Par la palpation nous avons pu constater une tumeur globuleuse douloureuse à la pression, située au-dessus du pubis et un peu à gauche; la difficulté d'uriner, déjà grande à l'entrée du malade, a considérablement augmenté; elle résulte souvent de ce que des fragmens encéphaloïdes viennent boucher l'urètre; après qu'ils ont été expulsés, le cours de l'urine, subitement interrompu, se rétablit sans efforts.

En même temps, il est survenu du dévoiement

de la faiblesse, et le malade, épuisé par les efforts d'expulsion de l'urine, a éprouvé des évacuations involontaires ; l'envie d'uriner est devenue permanente, la face ~~[illegible]~~ grippée, les yeux saillants, et enfin le malade a succombé le 17 février dans des douleurs atroces, bien que les opiacés aient été employés chez lui sous toutes les formes, ainsi que les astringents et les toniques.

Dans les derniers jours, la peau a été assez fortement colorée en jaune, bien que les conjonctives ne présentassent pas la teinte ictérique.

Au Début donc, Messieurs, état latent, et comme premier symptôme apparent, une hématurie indolente.

Sans doute, à cette période de la maladie, son diagnostic n'est pas encore suffisamment éclairé; une simple hématurie peut appartenir à bien des affections diverses, et d'abord elle doit avoir pour point de départ les reins, les uretères, la vessie ou le canal de l'urètre. L'hématurie, pour nous, est l'évacuation par l'urètre d'un sang pur ou mélangé d'autres liquides venant des

reins, des uretères ou de la vessie, mais expulsé par les contractions de ce dernier viscère. Nous mettrons tout de suite de côté les hémorrhagies de l'urètre qui ne rentrent point dans notre définition; car elles ont sans contraction vésicale et sans aucun mélange d'urine, sans être précédées d'envie et d'efforts pour uriner.

Nous n'avons point encore trouvé l'occasion, dit Mr. Gendrin, d'observer les ~~des~~ désordres qui peuvent se rapporter à une hémorrhagie idiopathique survenue dans l'urètère; nous ne connaissons

même aucun fait qui établisse que cette hémorrhagie ~~[illegible]~~ ait été rencontrée. Reste donc à différencier l'hémorrhagie rénale et celle qui est la conséquence d'une affection de la vessie ; la première s'accompagne toujours de douleurs dans la région lombaire, et est presque constamment symptomatique d'une affection calculeuse ou autre, qui se révèle par une série de symptômes qu'il est impossible de méconnaître. Il serait superflu de donner les raisons qui distinguent

l'hématurie dite idiopathique, tout le monde connaît combien sont fréquentes les causes qui peuvent lui donner naissance.

Nous ne parlerons donc pas de l'exercice du cheval, de l'abus des diurétiques, de l'usage exagéré de la digitale en particulier ou des cantharides, pas plus que de l'influence des climats, entre autres celui de l'île de France où l'hématurie est endémique; l'existence d'une de ces causes éloignera tout de suite l'idée d'une hémorrhagie symptomatique.

Parmi celles-ci, si la

douleur et la chaleur profonde se manifestent dès le commencement de l'hémorrhagie, si elles affectent seulement un côté des lombes en se prolongeant vers l'hypogastre, si elle a précédé et si elle accompagne l'expulsion des urines sanguinolentes, on est fondé à présumer que c'est dans le rein que siége la maladie : La douleur gravative concentrée à l'hypogastre et vers la région du sacrum, avec des épreintes vésicales qui forcent le malade à se présenter pour uriner très-souvent sans avoir à rejeter que des urines sanguinolentes, indique

que le siége de la maladie se trouve dans la vessie.

Ce siége une fois établi, la constatation d'une tumeur hypogastrique qui est le siége d'une douleur lancinante, et s'accompagne, dans certains cas, d'expulsion par l'urètre de lambeaux de ~~chair~~ chair comme pourrie, ne laissera plus aucun doute sur la nature du mal.

Après l'hématurie, la difficulté d'uriner et des douleurs à l'hypogastre signalent la marche du cancer vésical ; mais ces symptômes se présentent à des époques bien différentes, il n'y a pas une véritable

rétention d'urine ; seulement par suite de l'épaississement squirrheux des parois ~~p~~ qui diminuent la contractilité, il ~~se~~ se fait fréquemment une accumulation d'urine dans la vessie qui, distendue outre mesure, devient par là incapable d'expulser les liquides qu'elle contient.

Il arrive alors que l'on sent une tumeur hypogastrique, les malades urinent goutte à goutte et par regorgement. Rarement le col vésical est malade; aussi la rétention par obstruction de ce col est-elle peu fréquente dans certaines circonstances;

mais, surtout lorsque la maladie est déjà avancée, il se détache de la surface de la tumeur cancéreuse de petits lambeaux qui, macérés par l'urine, sortent par l'urètre, et présentent un aspect brunâtre; les auteurs les ont comparés à des fragmens de chair pourrie. Ces fragments peuvent, au moment où il vont être expulsés, venir s'appliquer contre le col pendant la miction, et empêcher ainsi l'urine d'être chassée au dehors. Cette espèce de rétention d'urine, qui peut être considérée comme acci-

dentelle, a ceci de remarquable, que le jet est brusquement interrompu au moment où, par les efforts du malade, l'obstacle s'interpose, et qu'il reprend au contraire à plein canal dès que le fragment obturateur a été expulsé.

Dans ces circonstances, la cause de la rétention est facile à saisir; à mesure que la lésion vésicale va grandir, les douleurs, d'abord légères, puis plus aigues, mais intermittentes, vont bientôt présenter ce caractère lancinant que Mr Civiale prétend, à tort selon nous, n'être pas

constant. Outre ces douleurs, qui ont pour siége le bas-fond de la vessie, les efforts de la miction sont ordinairement accompagnés de démangeaisons et même de douleur au bout de la verge.

A cette période, et souvent même bien avant, les urines présentent déjà des caractères particuliers; claires au début, elles se présentent plus tard, mêlées à une quantité de sang variable, mais toujours reconnaissable par les moyens ordinaires; tantôt elles laissent déposer au fond d'un verre une masse d'un

jaune rougeâtre, gélatinoïde, où le microscope et la chimie reconnaissent facilement les globules sanguins; tantôt, au contraire, le liquide tout entier est d'un brun franchement rougeâtre; quelquefois enfin les urines sont bourbeuses.

Parallèlement à ces dégradations de couleur, qui ne correspondent pas sans exceptions à des périodes de plus en plus avancées de la maladie, on observe des changemens dans l'odeur qui, de forte et ~~repoussant~~ piquante, devient tellement repoussante,

que Brodie n'a pas craint de l'appeler cadavéreuse. La tumeur hypogastrique peut présenter un volume bien différent: sensible le plus souvent à la palpation, elle peut, dans quelques cas, comme Morgagni en cite un exemple, être visible à l'oeil.

A côté de ces symptômes locaux, Messieurs, marche le cortège inévitable des phénomènes généraux d'une affection cancéreuse: la santé, conservée au début, éprouve de légères altérations par la fréquence des hématuries qui, si elles sont abondantes, augmentent

la faiblesse du malade).
Les efforts continuels qu'occasionnent les diverses causes de rétention d'urine que nous avons signalées viennent encore épuiser les forces. Les besoins d'uriner, si impérieux et si fréquens qu'on pourrait dire qu'ils sont continuels, font prendre au malheureux qui en est atteint les positions les plus étranges, et après des efforts inouïs, il parvient à peine à expulser quelques gouttes d'urine bourbeuse et fétide.

A cette période, et même déjà dès que la difficulté d'uriner est persistante, arrivent des symptômes

intestinaux, du météorisme, de la diarrhée; le pouls, petit et dur, est d'une fréquence modérée, rarement excessive: la peau, chaude et sèche, ne s'humecte que exceptionellement, et, dans quelques cas rares il est vrai, la sueur peut offrir une odeur urineuse; lorsque, par exemple, la rétention d'urine est complète depuis deux ou trois jours.

Les malades sont en proie à une anxiété des plus terribles, il survient un amaigrissement rapide, et la mort arrive le plus souvent lorsqu'ils ont déjà

atteint les derniers degrés du marasme.

Cette succession de symptômes, hématurie, douleur et tumeur hypogastriques, rétention d'urine, fièvre hectique, constituent la marche ordinaire de l'affection qui nous occupe.

L'ordre des symptômes varie quelquefois; ce n'est cependant que très-exceptionnellement que la douleur et la difficulté d'uriner précèdent l'hématurie. La lésion peut, pendant un temps variable, rester latente; mais, messieurs, lorsque la douleur et l'hématurie sont survenues, les choses

marchent ordinairement avec rapidité, et une terminaison fâcheuse vient mettre fin aux tortures du malade.

La mort est donc la terminaison inévitable du cancer vésical; elle arrive, soit par la faiblesse générale résultant de l'abondance des hématuries ou des efforts d'expulsion causés par la rétention d'urine, soit encore en vertu de cette espèce d'altération qui influence l'économie toute entière, alors même que l'état local des organes n'implique point une terminaison fatale.

C'est ici, messieurs, le lieu d'examiner quelle est la fréquence de l'infection générale à la suite du cancer vésical: M. Lebert ne l'a jamais observée; mais le fait que nous venons de recueillir en est un exemple frappant; un autre, recueilli dans le service de M. le professeur Cruveilhier, à la Charité, ne nous paraît pas moins concluant (v. anat. pathol.).

L'autopsie est venue confirmer pleinement le diagnostic posé par Mr Nélaton.

En ouvrant l'abdomen, on observe que la vessie forme

derrière la symphyse pubienne une tumeur ovoïde de 7 centimètres de largeur sur 9 centimètres de longueur; son aspect extérieur paraît sain; seulement, vers la partie postérieure et gauche de cet organe, on observe une tumeur du volume d'un petit oeuf, mais très-allongée, formée dans le tissu cellulaire pelvien, et constituée par une masse cancéreuse qui s'unit, par des prolongemens assez grêles, avec les ganglions iliaques du côté gauche qui sont durs et tuméfiés; ceux de la région correspondante à droite

sont aussi malades, mais à un moindre degré.

En ouvrant la vessie, on constate que la moitié antérieure et gauche, la paroi latérale et les deux tiers postérieurs du fond de cet organe du même côté présentent une masse noirâtre à l'extérieur, formée par des espèces de pédoncules mamelonnés, réunis par une base large, et divisés à leur sommet, où ils sont ramollis. L'uretère vient s'ouvrir dans un point qui correspond presque au centre de cette tumeur; son orifice vésical laisse à peine

pénétrer un stylet ordinaire qui vient aboutir, sans le déchirer, au sommet d'un des pédoncules mentionnés.

Sur la paroi latérale droite, au niveau de l'ouverture de l'uretère droit, on observe une plaque grisâtre, boursouflée, présentant l'aspect des plaques gauffrées de la fièvre typhoïde. Le canal de l'urètre vient s'ouvrir dans la vessie, au niveau d'un assemblage de petites tumeurs qui, s'implantant sur son col, laissent cependant son orifice complètement libre. Ces tumeurs ne sont pas suffisamment mobiles pour

avoir pu venir boucher le canal de l'urètre pendant les efforts d'expulsion de l'urine. La tumeur observée dans la vessie a présenté tous les caractères du cancer encéphaloïde ulcéré. Une trame aréolaire résistante, laissant suinter, par la pression, un liquide blanchâtre, que le microscope a reconnu pour de l'ichor cancéreux.

Les parois vésicales hypertrophiées ont présenté extérieurement des adhérences très-résistantes avec la tumeur du bassin dont nous avons parlé, mais sans se continuer avec elle.

La prostate, dure et de volume normal, est aussi très-adhérente à la tumeur pelvienne. Les canaux déférens, appliqués sur la surface externe de la vessie, sont perméables, l'un d'eux présente seulement un point cancéreux, qui le fait adhérer fortement aux parois du réservoir de l'urine.

La vessie contient environ 200 grammes d'un liquide noirâtre, épais, tenant en suspension des fragmens de substance encéphaloïde; l'odeur qu'il exhale rappelle celle des urines rendues pendant les

derniers jours de la vie du malade. Le canal de l'urètre n'a présenté aucune altération, pas plus que les vésicules séminales.

Le rein droit et l'uretère du même côté sont sains, l'orifice vésical de ce dernier a les dimensions normales. L'uretère gauche, au contraire, est considérablement dilaté, et son orifice inférieur est rétréci sans être complètement obturé; il présente plus de deux centimètres de diamètre à sa paroi inférieure.

Le rein qui lui correspond offre un volume

double de celui du côté opposé ; il est ~~régulier~~ irrégulier et granuleux à sa surface externe qui, tout en ayant la coloration normale, est parsemée de petits points d'un blanc grisâtre ramollis, pénétrant plus ou moins dans la substance corticale de cet organe.

Les deux substances corticale et tubulaire du rein sont parfaitement reconnaissables. Le calice et le bassinet sont sans altération appréciable ; deux petits kystes séreux s'observent à la paroi antérieure de cet organe.

Les diverses glandes du corps n'ont présenté aucune lésion, et les autres organes, examinés avec soin, n'offrent aucune trace de cancer.

Diagnostic des Tumeurs des Bourses.

Leçon du 25 janvier 1852.

Un malade couché au n° 11 nous offre une tumeur des Bourses d'un diagnostic difficile.

C'est un jeune homme de 25 ans, bien portant d'ailleurs, qui est atteint depuis trois ans d'une hernie inguinale droite.

Cette hernie était contenue par un mauvais bandage, qui permettait à la tumeur de s'échapper en partie au dessous de la pelotte et l'étranglait sans la maintenir réduite.

Ce malade, garçon de

café, n'en continuait pas moins ses occupations, que de fréquentes indispositions (coliques) l'obligeaient à suspendre de temps en temps.

Il y a deux mois, une nouvelle tumeur apparut dans les bourses, et cette augmentation de volume est devenue assez gênante pour l'engager à entrer à l'hôpital.

C'est un jeune homme d'une robuste constitution; le scrotum du côté droit présente une première tumeur plus grosse qu'un œuf; le testicule occupe la partie inférieure.

Au-dessus de cette première tumeur, il s'en trouve une seconde, du volume d'une

petite noix, dure au toucher; quand on la presse, elle résiste comme un tissu et non comme un liquide; elle est opaque, sans transparence dans aucun de ses points et glisse de bas en haut avec facilité.

Cette tumeur semble libre, sans adhérence avec le testicule: sa mobilité lui permet d'échapper aux doigts qui la compriment, et cependant on la dirait suspendue à une sorte de pédicule qui s'enfonce à travers l'anneau inguinal jusques dans l'abdomen, où on peut la suivre et la palper.

En résumé, tumeur très-dure s'engageant dans le canal

inguinal et supportée en apparence par un pédicule.

Hier, je croyais avoir là une hernie épiploïque irréductible en partie; aujourd'hui, j'ai fait un examen plus minutieux: j'ai comprimé la tumeur; elle a fui dans le canal inguinal et s'est arrêtée au-dessus de l'anneau; pendant cette manoeuvre, l'épiploon reste dans le scrotum où l'on peut bien positivement constater sa présence par le toucher; cette tumeur glisse donc à côté d'un pédicule épiploïque irréductible.

Parmi les suppositions que l'on peut faire, voici celles qui

s'offrent à ma pensée :
Est-ce une hydrocèle enkystée du cordon, un vieux sac herniaire, une portion de tunique vaginale oblitérée ?
La tumeur existe-elle dans le tissu cellulaire même du cordon ?

Quoiqu'il en soit, ces hydrocèles enkystées du cordon jouissent quelquefois d'une mobilité extrême.

Si nous avons en même temps une épiplocèle.

Mais nous n'avons pas trouvé de transparence, et l'épiploon, placé là sur les côtés, pourrait très-bien intercepter la lumière.

Nous savons aussi qu'il

y a des hématocèles du cordon, comme de la tunique vaginale, et notre malade peut s'être exposé à des contusions du scrotum en travaillant; nous pensons donc avoir affaire à une hématocèle traumatique; du reste, l'hématocèle peut aussi se développer spontanément.

Dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, l'épanchement sanguin masquerait la transparence que l'on trouve habituellement dans les Kystes.

Dans ce cas particulier, le diagnostic n'a pas besoin d'être plus précis; il n'y a pas de danger, et nous devons

temporiser.

Mais une question se présente.

Faut-il maintenir la tumeur réduite, ou la laisser à l'extérieur ?

Nous conseillons au malade de porter un suspensoir pour tenir les bourses relevées, et un bandage élastique à ressort faible, pour maintenir mollement la tumeur.

De la pupille artificielle.

Leçon du 30 janvier

Nous allons pratiquer devant vous, Messieurs, une pupille artificielle :

cette pauvre femme, agée de 38 ans, a déjà été opérée une fois ; mais elle rebrousse constamment ses paupières et vient frapper ainsi sa cornée ; de sorte qu'elle a perdu son oeil et mon opération.

La même cause qui a fait manquer celle-ci a produit le même résultat pour celle qui fut pratiquée

il y a quelques mois par M. Jarjavay.

L'œil droit est complètement perdu.

Quant à l'œil gauche, il peut encore distinguer la lumière de l'ombre, et l'occlusion de la pupille me semble seule produire ce résultat.

Nous devons donc chercher à remédier à cette oblitération de la pupille au moyen d'une opération: et cette opération a pour but de pratiquer une pupille artificielle.

1° Ce fut Cheselden qui en 1728 inventa cette opération:

Un petit couteau, introduit derrière l'Iris, servait à pratiquer dans cette membrane une incision transversale; par ce moyen, Cheselden obtint un succès.

Mais les chirurgiens qui tentèrent d'exécuter cette opération après lui s'aperçurent bientôt de ce que l'incision avait une grande tendance à se refermer. Aussi a-t-elle reçu de nombreuses modifications: la plus importante est celle de M. Velpeau;

A l'aide d'un couteau plus étroit que celui

de Wenzel, et tranchant des deux côtés, on pénètre dans la chambre antérieure; on traverse l'iris avec précaution et après un trajet de 5 à 6 millimètres dans la chambre postérieure, on ramène la pointe dans la chambre antérieure, en traversant de nouveau l'iris ~~[illegible]~~ d'arrière en avant; puis on achève la section de la cornée comme pour l'extraction de la cataracte: seulement l'incision de cette membrane est accompagnée d'une incision demi-circulaire de même forme que l'iris.

2° Au lieu de pratiquer

une incision horizontale, Mr. Guérin de Bordeaux fait deux incisions en croix; cette méthode procura un succès à son auteur; mais l'ouverture pupillaire avait encore une grande tendance à se refermer.

3º Scarpa, frappé des inconvéniens que présentaient les deux méthodes précédentes, en créa une nouvelle; il imagina de décoller la grande circonférence de l'Iris dans une grande étendue:

C'est la méthode du décollement. Mais cette méthode est dangereuse et infidèle: Dangereuse, car on a vu naître à sa suite des névralgies

intenses comme à la suite de l'abaissement;

infidèle; car la partie décollée se referme; et de plus, en supposant que tout aille pour le mieux, la pupille se trouve placée en dehors des rayons lumineux.

Cette méthode a été complètement abandonnée depuis que Wenzel a apporté à celle de Guerin la modification suivante:

Procédé Wenzel — On pratique un lambeau semi-circulaire à l'iris en même temps qu'à la cornée, comme dans le procédé de M. Velpeau, qui n'est vraiment que le premier temps du procédé

de Wenzel: puis, soulevant le lambeau de la cornée, on saisit celui de l'iris avec des pinces, et on l'excise avec des ciseaux courbes, de manière à obtenir une ouverture circulaire.

4º M. Desmarres a modifié ce procédé de la manière suivante: 1º l'incision de la cornée est faite comme dans le procédé de Wenzel; 2º des pinces à dents de souris sont introduites à travers la plaie et vont saisir l'iris à sa partie moyenne, ou mieux dans le point correspondant à la portion de cornée restée transparente. L'iris cède; on l'attire au dehors

en l'effilant; c'est une sorte d'arrachement, et cette modification est très-importante, comme vous le verrez dans un moment.

5° Enfin M. Guépin a proposé de faire éprouver à la pupille une sorte de déplacement; par exemple, dans le cas de tache centrale de la cornée; cette idée est séduisante. La cornée peut être attirée dans un sens ou dans l'autre. Procédé opératoire: — 1° M. Guépin fait à la circonférence de la pupille une incision; — 2° une pince attire l'iris, et la pupille est alors attirée derrière la partie de cornée restée transpa-

rente.

Ainsi, Messieurs,
nous avons à notre disposition
~~quatre~~ cinq méthodes opératoires
principales:

1° L'incision de l'Iris transversale (Cheselden, Janin, Maunoir, Velpeau).

2° l'Excision (Guérin, Wenzel)

3° l'arrachement (Desmarres)

4° le décollement (Scarpa)

5° le déplacement (Guépin).

Le 2 février 1852,
Monsieur le Professeur Nélaton
a pratiqué cette opération de
pupille artificielle par le
procédé de M. Desmarres;
une difficulté se présentait

Dans ce cas particulier, la Chambre antérieure était petite, de sorte qu'il était difficile de faire l'incision de la Cornée sans toucher l'Iris.

Cependant M. Nélaton parvint à exécuter l'opération très-heureusement.

1° Le couteau lancéolaire a été introduit avec une extrême lenteur à travers la Cornée, de façon à tailler un petit lambeau;

2° Des pinces délicates à Dents de souris introduites à travers la plaie: l'iris a été saisi à la partie moyenne et la partie pincée a été arrachée en l'effrôlant.

On n'a pas remarqué que le plus petit épanchement de sang se fût fait dans la chambre antérieure.

Suites de l'opération —

30 Janvier : — Le jour de l'opération la malade a eu un peu de céphalalgie qui s'est dissipée sous l'influence d'une saignée. (Calomel, 0,50 en 10 paquets).

Pansement comme pour la cataracte ; (bandelettes, bandeau etc — —).

1er et 2 février — Calomel et pansement continués.

3 février — Il n'y a pas d'accidents : l'iris offre une large perforation sans tendance à se refermer.

La plaie de la cornée

estre unie.

15 Février — La malade demande à sortir.

La plaie de la Cornée s'est réunie par première intention ; la pupille pratiquée est un peu irrégulière, mais large de 3 à 4 millimètres au moins.

La malade peut se conduire, et lire suffisamment bien.

Des Plaies Contuses, et De la Contusion.

Leçon du 28 ~~janvier~~ février 1852.

Vous avez vu, messieurs, un jeune homme atteint d'une plaie contuse au pied gauche : il est imprimeur et mettait les feuilles sous le rouleau qui imprime ; la table, dans son mouvement de va et vient a rencontré le talon qui ~~s~~ s'est engagé en partie sous la traverse : la pression a été très-forte ; les tégumens ont été coupés par la pression continue du corps contondant ; la plaie existe sur la face externe

du calcanéum parallèlement à son axe antéro-postérieur; les lèvres de cette plaie sont contuses, noirâtres, sans hémorrhagie notable. La plaie n'intéresse que la peau, la couche celluleuse et la couche fibreuse sous-jacente.

Un peu plus haut la plaie avait intéressé les gaînes tendineuses des péroniers et cette complication eût été plus sérieuse: heureusement il n'en est rien. Cependant nous n'avons pas hésité à soumettre ce membre à une irrigation continue faite avec de l'eau tiède.

Mon intention, Messieurs,

en vous parlant de ce malade et de vous indiquer les précautions qu'exigent les irrigations continues; il ne faut pas d'interruption.

Un seau est suspendu au ciel du lit; un tube conducteur plonge au fond et descend jusques sur la plaie et sert à imbiber convenablement, continuellement et goutte à goutte, un linge simple, qui recouvre la solution de continuité; quand on établit un courant continu, à travers plusieurs compresses, l'eau dans ce cas ne mouille pas les parties profondes, les compresses inférieures sont tièdes, ou même chaudes:

Il n'y a point réfrigération réelle : il ne faut par conséquent employer qu'un seul linge qui sert à étendre l'eau à la surface de la plaie.

Ici, l'appareil fonctionne depuis cinq jours, et aucune trace de phlegmasie ne s'est montrée : le pied est tout à fait normal ; pas de travail inflammatoire : la douleur est nulle ; mais cette douleur ne tarde pas à se manifester, aussitôt que le courant d'eau est supprimé ; et quand on le rétablit, on la voit disparaître à l'instant.

L'absence de douleur, ne doit pas, nous inspirer une sécurité trompeuse ; et bien

que la tuméfaction soit médiocre, la douleur peu prononcée, il n'en faut pas moins examiner le membre, chaque jour et avec attention, car il peut se faire des suppuration profondes qui restent qui restent long temps à l'état latent: et au moment où l'on s'en doute le moins, le pus d'un abcès peut déjà avoir fusé au loin. Il faut donc explorer bien souvent et avec soin le pourtour de ces plaies soumises aux irrigations: par là, on se trouve en mesure d'ouvrir un foyer à temps, quand la suppuration apparaît avec des caractères non équivoques.

Chez notre malade, nous n'avons aucun signe

indiqu'aucune complication quelconque : ainsi :

1° Nous ne trouvons pas de trace d'inflammation dans les téguments ou la couche sous-cutanée.

2° Il n'y a pas de^{es} douleurs nocturnes qui se rencontrent dans les maladies des os, quelle que soit leur nature.

Nous devons donc continuer les irrigations.

Mais quel en sera le terme ?

Rien n'est plus difficile que de savoir suspendre à temps l'irrigation ; si la douleur reparaît, il faut continuer, et c'est seulement après avoir essayé à plusieurs reprises, qu'on peut voir, si l'on peut définiti-

vement abandonner l'irrigation et ne faire qu'un pansement simple

---

Ici, l'irrigation a été continuée douze jours; un pansement simple fut alors mis en usage et 3 semaines ont été nécessaires pour mener cette plaie à cicatrisation.

De la Contusion.

Nous avons encore une malade qui a de l'analogie avec celui qui vient de fixer votre attention: c'est une jeune femme qui, en tombant dans une cave, s'est heurtée **la cuisse droite.**

Cette chute détermina une **vaste ecchymose**; mais la malade reprit ses occupations quelques jours après: la douleur d'abord légère augmenta peu à peu, et elle est entrée dans nos salles le 12ème jour, environ, de l'accident.

État local — Vers la partie supérieure et externe de la cuisse droite, nous voyons des taches violacées, verdâtre avec des tons jaunes, disséminées en cercle: mais vers

le centre de cette ecchymose, on trouve une sorte d'élévation se confondant avec les parties voisines : en cet endroit, il est facile de percevoir une fluctuation bien manifeste.

Cette sensation de fluctuation existe si l'on applique les mains, soit en avant ou en arrière, soit de haut en bas.

Ce précepte est surtout indispensable dans certaines régions : et la région de notre malade est une source d'illusions à ce sujet.

En effet, quand on explore la partie supérieure de la cuisse, les muscles qui sont là simulent à la pression le phénomène de la fluctuation : mettez alors

vos mains en haut et en bas, et agissez dans ce sens si vous voulez percevoir une fluctuation bien réelle.

Il y a là, surtout à la partie externe de la cuisse, le muscle tenseur du fascia-lata, qui peut induire en erreur, principalement quand le membre est demi-fléchi.

Toutes ces précautions prises, nous avons manifestement trouvé de la fluctuation indiquant une collection liquide.

Autour de cette collection liquide, il y avait un bourrelet dur, observé au crâne par J. L. Petit, Pott, et simulant une enfoncement de fracture.

Ce qui trompe au crâne

c'est qu'on touche un épanchement sanguin et non un os sous-jacent; mais appliquez le doigt sur la partie la plus saillante et laissez-le appliqué quelques moments, le liquide ou les caillots s'aplatiront sous le doigt et vous aurez bientôt une dépression, là où vous pensiez toucher un os; cette illusion est donc complètement et facilement détruite.

Aux membres, ces bourrelets sanguins circulaires, simulent des **ruptures de muscles** : telles sont les réflexions qui peuvent s'appliquer à la contusion envisagée au point de vue clinique.

En ce qui concerne la

~~théorie~~ théorie, voici ce que nous savons à ce sujet.

Le sang épanché dans nos tissus subit quelques transformations importantes à connaître:

Un travail inflammatoire peut survenir et amener à la suite une toute autre série de phénomènes: Douleur, rougeur, chaleur, tuméfaction, & avec des symptômes généraux indiquant un travail phlegmasique.

Dès que le foyer s'enflamme, la résolution n'est plus possible: le pus mêlé au sang produit souvent des phénomènes d'intoxication putride.

C'est cet accident qui nous menaçait chez notre malade, et l'incision que nous avons faite n'a pas enrayé tout-à-coup les phénomènes d'intoxication putride commençante : frissons, malaise, fièvre, dévoiement, tels sont les symptômes qui annonçaient un état typhoïde résultant du croupissement du pus dans un vaste foyer (abcès sanguin).

Nous ferons des injections iodées, dans ce foyer, et ces symptômes alarmants disparaîtront bientôt.

Concluons de cet examen de symptômes : qu'un foyer sanguin existant sans inflammation ne doit pas être ouvert;

S'il vient à s'échauffer, et à se former abcès, il faut l'ouvrir de suite : si des symptômes d'intoxication putride apparaissent, les injections simples ou iodées, les pansements bien faits seront mis en usage avec espoir de succès.

Chez notre malade, ce traitement a produit le plus heureux résultat : sous l'influence des injections iodées, les symptômes d'infection putride ont disparu en quelques jours ; au bout d'un mois, la malade était guérie.

De la Fistule Stercorale

Leçon du 11 février 1852.

Nous avons, Messieurs, en ce moment dans nos salles un malade atteint de Fistule stercorale.

C'est un jeune homme de 29 ans, cultivateur, d'une bonne constitution, il jouissait d'une excellente santé, lorsque le 24 8bre dernier, tout-à-coup, sans cause connue, il fut pris, en travaillant, de douleurs avec coliques violentes.

En même temps, une petite grosseur se montrait au pli de l'aine du côté

droit : en quelques heures, les douleurs furent assez vives pour forcer ce jeune homme à rester chez lui.

A son arrivée, il fut pris de vomissements bilieux, puis de matières fécales, qui continuèrent les jours suivants.

Un médecin qui fut appelé reconnut une hernie, et tenta la réduction, mais sans pouvoir réussir.

Des sangsues, des cataplasmes, des bains furent employés avec persévérance pendant 12 jours ; à cette époque, les vomissements avaient disparu ; mais la tumeur était devenue

plus volumineuse, rougeâtre, avec empâtement; des élancements s'y faisaient sentir; une vaste incision ~~faite~~ fut pratiquée parallèlement au pli de l'aine et l'on en vit sortir du pus, et du sang mélangé de matières fécales.

Depuis lors, les matières sont sorties, et par la plaie et par l'anus.

La plaie s'est rétrécie peu-à-peu et se présente comme une simple perforation, ou fistule que nous voyons aujourd'hui, au niveau de l'anneau crural.

On s'assure de

cette disposition en conduisant le doigt vers l'anneau inguinal, où il s'engage en palpant le canal déférent.

C'est donc bien une hernie crurale terminée par gangrène.

Nous trouvons aujourd'hui :

1° Un orifice fistuleux au niveau de l'anneau crural ;

2° cet orifice peut à peine recevoir un stylet de trousse ;

3° il donne passage à des matières intestinales (mucosités bilieuses, verdâtres).

Nous avons ensuite

Demandé au malade :

4° Si, il y a quelque temps, quand l'orifice était plus large, des matières reconnaissables s'en échappaient (carottes, salade, etc.) ; ses réponses ont été affirmatives : quant à la quantité qui s'échappe aujourd'hui, elle est telle qu'elle tache seulement 4 compresses en 24 heures.

5° à présent notre malade va à la selle naturellement ; la fistule tend donc à guérison ;

6° pendant les premiers mois qui ont suivi son accident, ce jeune homme

avait un peu maigri; mais son embonpoint et sa force commencent à revenir.

Le Diagnostic ne saurait être douteux, d'après ce que nous venons d'exposer: il s'agit là d'une fistule stercorale, consécutive à une hernie crurale étranglée et communiquant avec l'intestin grêle.

Il y a en outres certaines dispositions intérieures qu'il faut connaitre; elles sont très-variables: notre malade a eu une hernie crurale; cette hernie était enveloppée d'un sac

la hernie (c'est-à-dire l'intestin) et le sac qui l'enveloppaient ont été partiellement détruits par la gangrène.

Ce travail pathologique a été très-bien observé et décrit par Scarpa; vous pouvez lire, Messieurs, dans son beau travail sur les hernies, les différentes ressources que la nature met en usage dans ces cas pour arriver à la guérison.

Deux mots seulement: une anse intestinale est étranglée; cet étranglement, quand il n'est pas levé à temps, se termine

par gangrène; un abcès se forme autour des parties mortifiées; on l'ouvre ou il est ouvert; il reste un sac perforé par la gangrène, et enveloppant les deux bouts d'intestin accolés l'un à l'autre.

Cet intestin est attiré peu à peu dans l'abdomen par la rétraction du mésentère; le sac reste à sa place, fixé par des adhérences au pourtour de l'anneau, et constitue ce que Scarpa a désigné sous le nom d'infundibulum, ou d'entonnoir membraneux

Maintenant, Messieurs, que nous connaissons la disposition anatomique que nous offre une hernie terminée par la gangrène, examinons un moment les obstacles qui s'opposent au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur.

Nous avons déjà vu que les deux bouts d'intestin formant l'anse ou la partie d'anse gangrenée (dans l'orifice fibreux) remontaient dans l'abdomen accolés l'un à l'autre ; il y a donc, au moment de leur séparation, ou divergence, c'est à

dire à leur sortie du sac, une espèce d'angle formé par la paroi opposée à celle qui a été frappée de gangrène.

Cet angle situé à la jonction des deux bouts d'intestin a été nommé éperon; c'est une sorte de promontoire anguleux, formant saillie, et par conséquent devant gêner le cours des matières fécales, car en sortant du bout supérieur, elles s'échappent à l'intérieur en traversant le Sac.

Or, comme celui-ci ne se contracte pas, (puisqu'il n'est constitué que par

le péritoine et par du tissu cellulaire) les matières y séjournent avec d'autant plus de facilité, que l'infundibulum placé au dehors n'est plus sous la pression des muscles abdominaux et des viscères entre eux.

Nous avons donc quatre causes qui s'opposent au passage direct des matières du bout supérieur dans l'inférieur:

1° L'éperon;

2° la facilité que ces matières ont à s'échapper à l'extérieur;

3° Un infundibulum non contractile, et

4° Soustrait à la pression des viscères et des muscles abdominaux.

Je pourrais encore ajouter que le bout supérieur de l'intestin conserve son calibre, car il est toujours parcouru par les matières; le bout inférieur au contraire ne recevant rien ou presque rien, se rétrécit de plus en plus, et l'éperon ou angle inter-intestinal s'accolant du côté du bout inférieur, le refoule et tend ainsi à s'opposer au passage dans le bout inférieur.

Heureusement, Messieurs, qu'il n'en est pas toujours ainsi, et c'est

le cas de notre malade.

Dans les petites hernies, une petite portion d'intestin peut seulement avoir été pincée; elle est ensuite éliminée; c'est ce qui arrive le plus souvent dans les hernies crurales, marronées, qui s'étranglent facilement et sont irréductibles.

Quand l'étranglement n'est pas levé à temps, la gangrène survient; la portion mortifiée est éliminée, et il reste une fistule stercorale, ou un anus contre nature.

Notre malade ne présente aucune fistule

stercorale;

Cette infirmité était incurable il y a un siècle.

1° Un chirurgien nommé Lecat conçut le premier l'idée de guérir cette dégoûtante infirmité au moyen d'une opération; il voulait aviver les bords de la plaie antérieure et réunir par une suture. Mais la mort rapide du malade ne lui permit pas de mettre son projet à exécution.

2° Ce fut Lebrun qui, quelques années plus tard, mit en pratique le procédé de Lecat:

La plaie fut avivée

Arénie ; mais l'accumulation des matières derrière la plaie força Lebrun à rompre la suture pour leur donner issue.

Plus tard, la cautérisation avec le fer rouge, les caustiques, furent employés sans plus de succès.

3° A la fin du siècle dernier, Desault fut plus heureux en se servant de la compression, et Bichat nous a laissé dans les oeuvres chirurgicales de son maître la relation d'un fait intéressant que vous pourrez consulter.

il s'agit d'un matelot portant un anus contre nature avec renversement de l'intestin, et que Desault parvint à guérir au moyen de la compression.

Je ne veux point, Messieurs, vous entretenir ici des procédés opératoires mis en usage dans le cas d'anus contre nature pour détruire la cloison ou éperon ; ici l'éperon n'existe pas, ou bien il est à peine marqué, car les matières coulent par l'anus en grande partie et facilement.

Nous n'avons donc

Dans ce cas particulier qu'on cherche le moyen de fermer cette fistule; elle est petite, et, chose vraiment étonnante, ce résultat est très-difficile à obtenir.

1° On a proposé et appliqué successivement l'anaplastie; M. Velpeau un des premiers a imaginé de disséquer la peau à l'entour, d'aviver et de réunir.

L'opération a échoué; les matières décollaient la peau, la gangrénaient, etc a...

2° M. Velpeau, pour obvier à ces inconvénients,

enfonça un petit bouchon de peau dans la fistule ;

3° Un lambeau emprunté aux parties voisines ; mais il était presque gangréné ;

4° Enfin M. Velpeau a essayé deux vastes incisions au-dessus et au-dessous de la fistule, de sorte que toutes les parties molles étaient incisées ; puis la fistule était avivée, les lambeaux rapprochés et réunis par la suture, une fistule stercorale a été guérie par ce procédé.

5° Procédé de l'auteur : Je fais au-dessus et au-dessous de la fistule deux

en courbe partant d'un point éloigné de la fistule ;

2° une autre incision à courbure plus grande, et embrassant la supérieure, permet le glissement du lambeau au-devant de la fistule, en sorte que j'ai deux lambeaux réunis, d'une manière lâche, au-devant de la fistule.

J'ai mis cette opération en pratique une fois, et elle a parfaitement réussi ; je dois dire cependant qu'il est resté un tout petit pertuis admettant un stylet d'Anel ; je l'ai cautérisé de bien des manières, et au bout d'un an seulement l'ouverture a disparu.

Chez notre malade, nous avons d'abord essayé la compression.

Un bandage herniaire en comprimant l'orifice l'a déjà diminué de beaucoup; aujourd'hui il n'y a plus qu'un orifice très-petit suintant un liquide clair.

Cet orifice se prolonge sous les téguments assez loin; il me semble qu'il y a entre la peau et l'intestin un conduit de un centimètre et demi sur cinq millimètres de large.

Ici la cautérisation me paraît devoir réussir, car dans ce trajet canaliculé les bords seront affrontés

dans une grande étendue, et l'adhésion aura lieu.

Il faut donc modifier ce canal dans toute son étendue, pour exécuter cette cautérisation, nous emploierons l'instrument mis sous vos yeux. *

et C'est une sorte d'aiguille en platine, montée sur une boule de fer, et suspendue à un manche par le moyen d'une tige assez longue, la boule est un réservoir de calorique. *

Dans 5 ou six jours, quand les escarres seront tombées, nous passerons une aiguille avec un fil, pour maintenir en rapport l'une avec l'autre les surfaces granulées

de la fistule.

J'ai vu des fistules plus étroites résister à tous les moyens d'oblitération : avivement, suture, cautérisation, etc. Enfin, en dernier lieu, on a employé l'anaplastie avec succès.

Le 25 Février, la fistule stercorale a été cautérisée avec une aiguille de platine montée sur un manche à boule.

Tout s'est bien passé durant les premiers jours.

Mais le troisième jour, un érysipèle s'est montré autour de la plaie : plaques rouges, festonnées, plus élevées

que le niveau de la peau; en même temps, soif vive, vomissements, etc. —

Ipéca. 1 gramme.

Le 7e jour, c'est à dire le 2 mars, tous les accidents avaient disparu, et M. le professeur Nélaton jugea le moment favorable pour faire une petite suture.

Une aiguille armée d'un fil traverse les deux lèvres de la plaie de bas en haut, de façon à traverser l'orifice fistuleux; deux petits cylindres de Diachylon fournissent un point d'appui aux fils; et cette sorte de suture enchevillée réunit les parties superficielles et profondes

de la plaie fistuleuse.

Cette tentative de réunion a réussi complètement, excepté dans un petit point où il est resté un pertuis qui pouvait à peine admettre une pointe d'épingle.

Le malade est sorti guéri vers la fin de Mars.

On lui a conseillé de porter un bandage destiné à protéger la cicatrice.

Tumeur fibreuse de l'os maxillaire supérieur — Extirpation de la tumeur en enlevant la paroi antérieure du sinus (1ère opération). — Récidive. — Ablation de l'os maxillaire tout entier (2ème opération)

Le vingt novembre 1852, Julien Alexandre, dessinateur, âgé de 22 ans, est entré à l'hôpital des Cliniques pour être traité d'une

tumeur qu'il porte à la joue droite.

Il y a quatre ans que la tumeur dont nous voyons aujourd'hui la récidive a commencé à se manifester.

A cette époque, sans cause connue, ce jeune homme après avoir éprouvé pendant quelque temps des douleurs dans les dents incisives, et dans l'os maxillaire supérieur du côté droit, vit apparaître lentement une sorte d'empâtement diffus de la joue correspondante.

C'était, comme il le dit lui-même, une sorte de fluxion: mais, contrairement à ce qui a lieu dans les fluxions de dents, ici la tuméfaction ne disparut pas après avoir duré un certain temps; elle

augmentait même, pour ainsi dire, chaque jour, et au commencement de 1851, elle était grosse comme un œuf de volume ordinaire.

Les douleurs étaient devenues continues ; deux dents (petites molaires droites) étaient branlantes et sur le point de tomber au moindre attouchement.

La déformation de la joue, et par conséquent du visage était devenue considérable ; la voûte palatine, refoulée en en bas par les progrès de la tumeur, gênait plusieurs phénomènes, tels que la mastication, la parole.

C'est alors que le malade entra à l'hôpital Saint-

Louis, dans le service de Mr. Nélaton, le 17 mars 1851.

C'est un jeune homme d'une petite stature. La force et son embonpoint sont ordinaires. D'après ce qu'il raconte, jusqu'au moment où cette tumeur s'est montrée, sa santé avait toujours été bonne : point de traces de scrofules ni de syphilis ; rien de semblable dans sa famille ; ses parents vivent encore et sont doués d'une heureuse constitution.

Chez ce jeune homme, la maladie a débuté sans cause connue, s'est développée lentement.

Elle occupe la partie latérale droite de la voûte palatine, qui offre une voussure à la place de sa concavité

habituelle : on trouve encore dans le point répondant à la fosse canine une autre tumeur dure, élastique.

quand on la pressait, elle cédait sous le doigt en laissant entendre un bruit analogue à celui d'une coquille d'œuf qui se brise ; un moment après, on ne percevait plus ce phénomène ; mais il se reproduisait le lendemain.

Ces symptômes suffisaient pour faire reconnaître une tumeur qui avait fait céder la paroi antérieure du Sinus.

Comme la coque osseuse qui la séparait de la gencive et de la joue était très-mince, que d'un autre côté, la tumeur était

élastique, comme rénitente, et cédait un peu sous les doigts, les avis furent partagés sur sa nature.

Quelques personnes pensèrent à une hydropisie du sinus; à une dégénérescence encéphaloïde.

Quant à moi, je trouvais là les caractères bien dessinés d'une tumeur fibreuse et je m'arrêtai à cette idée.

La paroi antérieure du sinus fut ouverte le 1er avril 1851, et la tumeur, du reste enkystée, put être énucléée complètement; une incision dont nous voyons encore la cicatrice avait été faite obliquement de haut en bas à la commissure droite de la bouche, de

façon : 1° à ménager la branche importante du nerf facial qui sert à l'expression du visage ; 2° à pouvoir découvrir bien complètement la paroi antérieure du sinus pour permettre aux instrumens d'agir avec facilité.

Cette opération fut des plus heureuses.

C'était bien une tumeur fibreuse comme nous l'avions pensé, et la description complète en a été publiée dans les bulletins de la Société de Biologie (avril 1851).

Vous pourrez, Messieurs, retrouver dans ce recueil scientifique les différents détails que cette narration rapide pourrait vous laisser désirer.

Notre malade, opéré le 1er avril 1851, était guéri le 25 du même mois et quittait l'hôpital Saint-Louis le 8 mai. — La tumeur s'est reproduite.

Aujourd'hui, 24 9bre 1852, nous trouvons une tumeur ayant la forme et le volume d'un oeuf; elle est située à la partie moyenne de la joue; la fosse canine est soulevée en avant et la voûte palatine est repoussée en bas; en cet endroit, on remarque une convexité à la place de la concavité normale; la tumeur elle-même est dure, élastique, rénitente; on y sent une sorte de demi-fluctuation; ce phénomène, Messieurs,

ne nous surprend pas, car nous savons : 1° que les parties molles offrent souvent une fluctuation apparente ; 2° mais que cette sensation n'est déterminée d'une manière bien réelle et bien manifeste que par les liquides.

La demi-fluctuation que nous trouvons ici se rapporte à la première de ces deux conditions.

Cette tumeur, qui fait saillie du côté de la voûte palatine, ne dépasse pas la ligne médiane : les fosses nasales sont saines ; le malade éprouve peu ou point de douleurs aujourd'hui ; mais les douleurs étaient très-vives avant la

la première opération : ce fait nous semble trouver son explication dans la section des nerfs que renfermait l'épaisseur des parois de la tumeur.

Le Diagnostic est facile : c'est évidemment la reproduction d'une tumeur enlevée il y a un an à l'hôpital Saint-Louis. Cependant comme le diagnostic différentiel peut être quelquefois embarrassant, je vais esquisser à grands traits le parallèle des principales tumeurs qui se rencontrent le plus souvent dans cette région.

Le sinus maxillaire (
peut renfermer des liquides de natures diverses : Du sang ; des collections de mucus ; du pus.

1° Les contusions de la partie antérieure de la joue peuvent, dans quelques cas, déterminer la formation d'un épanchement de sang dans le sinus. On trouve, dans la clinique de Dupuytren, l'histoire d'un jeune homme chez lequel une tumeur de la face s'était développée à la suite d'un coup : la région était augmentée de volume, l'œil faisait saillie en dehors de l'orbite : un ~~coup de~~ bistouri fut plongé dans la tumeur, et du sang noir s'échappa par l'incision en assez grande abondance.

Jourdain rapporte aussi l'observation d'un malade

qui présenta un épanchement de sang dans le sinus à la suite d'une fracture de l'arcade dentaire supérieure, un fait semblable s'est présenté à la clinique de Monsieur le professeur Velpeau en 1847.

2° L'hydropisie du sinus, maladie décrite pour la première fois par Deschamps le fils en 1805.

L'accumulation du mucus dans la cavité du sinus agit peu-à-peu sur les parois qu'elle distend; or, comme la paroi antérieure est la plus mince et la plus faible, elle est poussée en avant.

Cette paroi forme donc

sous la joue une tumeur plus ou moins dure, indolente, immobile, sans changement de couleur à la peau, sans adhérences ni empâtements; le plus souvent on peut percevoir une fluctuation bien évidente.

Toutefois, malgré ces caractères qui appartiennent aux tumeurs bénignes, et la fluctuation qui en est un signe, pour ainsi dire caractéristique, l'erreur est encore possible: Boyer ne craint pas d'avouer qu'il a pris cette maladie pour un fongus du sinus.

Le Diagnostic des hydropisies du Sinus s'établit: 1° par la présence d'une tumeur

de l'os maxillaire supérieur, proéminente surtout en avant, vers la fosse canine; 2° par la mollesse des parois du sinus qui se laissent déprimer et reviennent sur elles-mêmes, quelquefois avec un bruit comparable à celui donné par une feuille de parchemin qu'on froisse entre les doigts: on peut à la vérité prendre un kyste osseux du sinus pour une collection liquide développée dans cette même cavité: ici l'erreur serait peu importante, car le moyen qu'on emploie pour guérir la première de ces maladies peut également convenir à l'autre, mais l'erreur devient plus grave

quand une hydropisie du sinus est confondue avec une maladie autre qu'un Kyste: tel était le cas du malade adressé à Fergusson comme ayant une tumeur du sinus qui devait nécessiter l'ablation de l'os maxillaire tout entier. Ce chirurgien que nous venons de citer reconnut une hydropisie; tel était encore le cas du malade de Boyer dont nous avons parlé précédemment, il en est de même de l'observation de mr. ~~Bertrand~~ Bertrand, de celle que nous devons à M. Gensoul de Lyon.

3° Les collections purulentes ou abcès du sinus surviennent en général à la suite de caries

dentaires : les douleurs qu'éprouvent les malades sont violentes et continues ; il est rare qu'un abcès du sinus dilate les parois comme cela arrive dans le cas d'hydropisie de cette même cavité : de plus, dans l'abcès on trouve constamment, en même temps que la douleur qui ne manque jamais, une tuméfaction prononcée au niveau de la fosse canine, ou paroi antérieure, avec œdème et fluctuation ; ce dernier signe est commun aux collections de sang et de mucus que nous avons déjà décrites ; mais pour qu'il serve à les différencier et à caractériser la présence d'une collection de pus, ~~la présence~~ l'existence des deux

autres symptômes au nécessaire : Douleur et empâtement œdémateux, et nous les trouvons dans l'abcès.

Ces réflexions étaient utiles, Messieurs, pour vous faire comprendre la difficulté que peut offrir parfois le diagnostic de certaines tumeurs, lorsqu'il arrive qu'elles offrent une sorte de Demi-fluctuation trompeuse, comme nous la rencontrons dans le cas particulier qui nous occupe.

La paroi antérieure du Sinus, amincie, usée par les progrès de la tumeur, a fini par disparaître à-peu-près complètement ; cette disposition nous permet en quelque sorte de toucher à nu la tumeur

du sinus; elle est dure, mais d'un tissu assez élastique pour céder un moment sous le doigt qui la presse.

Pour acquérir toute la certitude désirable, j'ai cru devoir faire dans cette tumeur une ponction avec une aiguille à cataracte; j'ai donné ailleurs les raisons de cette préférence (traité de chirurgie, t. 1. p. 400): l'extrémité aigue de l'instrument a rencontré partout un tissu solide, résistant; nous n'avons pu imprimer à la tige de notre aiguille exploratrice ces mouvemens de ~~circum~~ circumduction qui indiquent que son extrémité opposée ou sa pointe se trouve dans une cavité; de plus, nous

avons vu sourdre aucune goutelette de liquide pendant notre exploration; nous avons donc là bien évidemment affaire à une tumeur solide, qui très-probablement est la reproduction de celle que j'ai déjà enlevée une première fois en 1871.

Si nous abandonnons la maladie à elle-même, cette tumeur augmentera de plus en plus; les os seront écartés: la face, le nez seront déformés: bientôt l'oeil pourrait être chassé de son ~~ob~~ orbite; puis, la voûte palatine augmentant aussi, de son côté, les fonctions de la mastication, de la déglutition seraient de plus en

gênées, et nous verrions le malade peut-être menacé de suffocation dans un temps peu éloigné.

Que faire ?

L'an dernier j'ai déjà enlevé cette tumeur au moyen d'une simple incision pratiquée à la paroi antérieure du sinus; la récidive a été prompte: et je crois aujourd'hui qu'il faut extirper et la tumeur et sa cage osseuse; en d'autres termes, pratiquer l'ablation de l'os maxillaire entier.

Depuis 1826, époque à laquelle M. Gensoul pratiqua le premier cette opération, elle a été faite un grand nombre de fois; seulement le procédé

opératoire a beaucoup varié en ce qui concerne la section et des parties molles, et des os: un mot seulement:

1° Procédé de Mr. Gensoul.

M. Gensoul fait d'abord une incision verticale étendue depuis le grand angle de l'œil jusqu'à la lèvre supérieure qu'il divise au niveau de la dent canine; du milieu de cette incision, ou plutôt à la hauteur de la base du nez, il en trace une seconde qui se prolonge jusqu'au lobule de l'oreille, et une troisième qui descend de un centimètre à peu près en dehors de l'angle externe de l'orbite, jusqu'au point de terminaison de la seconde: il en résulte un lambeau

quadrilatère qu'on dissèque et que l'on renverse sur le fond.

Mais ce lambeau des téguments laisse une triple cicatrice, et encore n'est-il pas toujours suffisant.

2°. Procédé de Mr. Velpeau: Une incision, commencée à la commissure des lèvres est conduite obliquement en haut, en dehors et en arrière, jusqu'à la fosse temporale, entre l'angle orbitaire externe et le pavillon de l'oreille; il en résulte un lambeau triangulaire, comprenant toutes les parties molles qui recouvrent la pommette et la fosse canine.

3°. Procédé de Lisfranc. Ce chirurgien modifiait l'incision

des parties molles en faisant descendre une incision en V. depuis le sommet de l'apophyse montant jusqu'à la bouche.

Tous ces procédés relatifs à l'incision des parties molles sont convenables pour arriver à bien découvrir l'os que l'on veut enlever; mais ~~elles~~ ils offrent tous cependant un inconvénient: celui de diviser tous les petits muscles sous-cutanés de la face, ainsi que le nerf facial, et de déterminer plus tard de grandes difficultés dans la mastication, l'articulation des sons, par suite de l'hémiplégie qui en est la conséquence.

4° J'ai pensé à ne faire

qu'une seule incision verticale partant du grand angle de l'oeil et divisant le côté du nez jusqu'à la lèvre ; de la partie supérieure de cette première incision, une seconde partirait en se dirigeant parallèlement à la base de l'orbite, dans l'étendue de un centimètre, de manière à ce que ces deux incisions réunies formeraient une ˥ (1)

Cette forme donnée à l'incision des parties molles nous permettra de disséquer le lambeau contenant les muscles en rasant les os le plus près possible. Les muscles et le nerf

---

(1) Sorte de L majuscule renversée.

facial seraient ainsi ménagés.

C'est, Messieurs, ce dernier procédé que je vais employer devant vous.

Quant à la section des parties osseuses, je la modifierai également de la manière suivante :

1° la dent canine sera arrachée, et c'est à ce niveau que je pratiquerai avec une petite scie à main une incision oblique du rebord maxillaire supérieur de façon à pouvoir ménager les deux incisives droites, c'est-à-dire du côté où le maxillaire sera enlevé.

2° Au lieu d'employer le ciseau et le maillet conseillés

par M. Gensoul, je me servirai plus volontiers de la pince de Liston ou de la scie à chaînes pour couper l'apophyse montante, orbitaire externe, la voûte palatine osseuse; arrivé à ce point de l'opération, l'os maxillaire ne tiendra plus que par ses connexions postérieures; d'abord le nerf sous-orbitaire sera coupé; le plancher de l'orbite sera détaché; mais je laisserai en place son revêtement fibreux, sorte de coque qui sera favorable au soutien du globe ~~oc~~ oculaire.

En ce moment nous ferons basculer l'os avec une pince ou un levier quelconque

et, à l'aide de ciseaux, nous détacherons avec grand soin les parties molles (muqueuses, fibres musculaires ou aponévrotiques) insérées au rebord postérieur du maxillaire.

Le 24 9bre 1852, l'opération est pratiquée par le procédé qui vient d'être décrit; le malade est soumis au chloroforme, seulement pendant la durée des incisions extérieures; une seule petite artère est liée sur le dos du nez pendant l'incision des parties molles, et pas une seule branche de quelque importance n'est divisée pendant la section des parties profondes.

Une suture entortillée

faite avec des épingles fines et avec un grand soin réunit les lambeaux. Le malade est reporté à son lit. (1)

---

(1) Examen de la tumeur. — Cette tumeur est bien manifestement fibreuse, tout-à-fait semblable à la première; son tissu est blanc, bleuâtre, nacré, rappelant le tissu napiforme; les fibres nombreuses qui la composent sont nacrées et disposées en faisceaux serrés comme dans les corps fibreux de l'uterus. — Pas de traces de vaisseaux. — Les parois du sinus sont réduites à une sorte de coquille d'œuf, tant leur minceur est grande; etc.

M. Cruveilhier, auquel

la pièce a été montrée, croit que c'est une végétation fibreuse de la gencive qui, au lieu de faire saillie en dehors, se serait portée vers le sinus.

---

24 9bre, jour de l'opération : journée et nuit très-bonnes; seulement, dans le cours de cette journée, vers 4 heures du soir, le malade a rendu un peu de sang par la bouche, probablement quelques caillots restés dans les fosses nasales ou le pharynx, après l'opération.

25 9bre — On enlève les points de suture : 1° au nez, où la réunion est déjà complète; 2° au-dessous du nez; et on les remplace par des bandelettes de taffetas gommé.

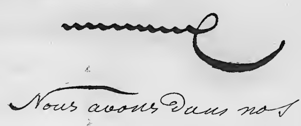
26, 27 9[bre] La plaie des tégumens est complètement réunie par première intention, à l'exception d'un point vers la partie moyenne du nez, où un fil à ligature entretient un peu de suppuration.

28, 29 — La plaie palatine résultant de l'ablation du maxillaire suppure et tend à se rétrécir; des granulations roses se développent au milieu et sur les bords de cette vaste anfractuosité.

Aujourd'hui, 25ème jour depuis l'opération cette large plaie est à-peu-près, à moitié comblée

Le malade, qui n'a eu que peu ou point de fièvre les premiers jours, peut être considéré comme guéri.

Cure radicale du varicocèle au moyen de la Cautérisation.



Nous avons dans nos salles, au n° 17, un jeune homme de 19 ans atteint de **varicocèle**.

Le varicocèle est, comme vous le savez, Messieurs, la dilatation des veines du cordon.

Les variétés que cette maladie présente portent principalement sur les symptômes. Vous verrez des varicocèles énormes descendant jusqu'à la partie inférieure de la cuisse sans déterminer de la gêne ou de la dou-

leur. Les malades qui en sont atteints se livrent aux travaux les plus rudes et ne paraissant pas en être incommodés.

Il y a au contraire d'autres varicocèles très-petits et qui sont néanmoins très-douloureux et accompagnés de cruelles souffrances. Du reste, ces mêmes variétés dans les symptômes se retrouvent aussi dans les varices des membres: tel malade porte d'énormes varices sans éprouver la moindre douleur; celui-ci peut à peine marcher et même appuyer le pied par terre, et l'examen le plus minutieux fait à peine découvrir de très-petites varices sur le pied ou dans le long de ses bords.

Chaque jour nous voyons des malades consulter pour une douleur violente, simulant une névralgie, et l'on finit par découvrir un tout petit varicocèle.

Notre jeune homme a un varicocèle médiocrement développé; il semble en être atteint depuis son enfance, et il ne connaît rien de semblable dans sa famille.

Ce malade veut à tout prix être débarrassé de son varicocèle; il veut embrasser la carrière militaire, et cette infirmité est un obstacle à son admission dans les rangs de l'armée.

Malgré ces désirs qui nous semblent bien légitimes,

je ne me déciderais cependant pas à pratiquer l'opération que la cure de cette maladie réclame, si je n'avais à ma disposition un moyen qui permet d'agir en toute sécurité et sans accidents; du moins, il en a toujours été ainsi jusqu'à présent et dans tous les cas où j'ai pu l'appliquer.

Avant de vous décrire ce que je me propose de faire sous vos yeux, jetons un coup d'œil sur les différents moyens de traitement qu'on a proposés.

A.— Le traitement peut être palliatif.

B.— Il peut être curatif;

A.— Moyens palliatifs:

Ces moyens, difficiles à mettre

en usage, ne peuvent guère être employés que par les gens du monde.

Ainsi : 1° Les applications froides. — 2° Le tannin — 3° L'usage continuel d'un suspensoir bien fait. Mais ces moyens exigent des précautions des soins de chaque instant, du repos, toutes choses que les ouvriers ne peuvent faire à volonté. — 4° C'est pour obvier à ces difficultés que A Cooper institua l'opération suivante : former avec la peau des bourses une sorte de suspensoir, après avoir préalablement refoulé en haut le testicule et les veines, puis exciser la peau pendante avec de bons ciseaux.

Cette opération a été

pratiqué un certain nombre de fois, en Angleterre, en France par M. Velpeau; mais c'est une opération grave; la plaie résultant de l'incision suppure longtemps; des accidens nombreux peuvent se développer, peuvent mettre les jours du malade en danger. Aussi, cette opération est-elle complètement abandonnée aujourd'hui.

5° On peut réaliser ce procédé d'une manière beaucoup plus simple et moins dangereuse: un vétérinaire instruit, M. Richard (du Cantal), a imaginé un petit cercle en caoutchouc pour embrasser, comme dans un anneau médiocrement serré, la peau du scro-

-tum pendante, après avoir,
comme dans le procédé de A.
Cooper refoulé en haut la glande
séminale et les veines dilatées.

Voici la description exacte
de ce procédé :

1° le Chirurgien commence
par porter en haut le testicule
et le cordon ;

2° on fait un petit anneau
en ~~ca~~ caoutchouc que l'on place,
en forme de virole autour de la
peau restante, ce qui peut remplacer
certes très-avantageusement
l'excision.

Mr. Richard du Cantal
a appliqué sur lui-même ce
petit appareil et s'en est fort
bien trouvé.

6° Mr. Gervez de Chégoin.

réalisait la même idée au moyen d'un noeud de ruban qui arrêtait les bourses. On conçoit du reste qu'un suspensoir bien fait en caoutchouc, comme l'a perfectionné Mr. Gariel, pourrait certainement remplir le même usage.

B. Restent maintenant les moyens opératoires; il y en a cinq principaux:

1° La ligature des veines;

2° La ligature des artères;

3° L'enroulement des veines avec un étrier (Ricord); avec un fil d'argent (Vidal);

4° La section des veines et des téguments (Breschet)

5° La cautérisation, pour laquelle j'ai aussi inventé un

instrument que Mr Charrière a construit d'après mon indication.

Cet instrument, dont la description ne pourrait être convenablement reproduite ici, est une sorte de porte-caustique, présentant une rainure longue de plusieurs centimètres, dans laquelle on dépose une certaine quantité de Pâte de Vienne, après y avoir engagé les veines dilatées.

Du reste, les soins préliminaires sont les mêmes que dans les autres opérations de ce genre, et l'on doit avoir préalablement écarté avec grand soin le cordon et l'artère; etc.

Le 26 Janvier 1852, la Cautérisation fut pratiquée par

le procédé qui vient d'être décrit; le caustique et l'instrument qui le supportait furent laissés cinq minutes en place.

Une escarre prise dans les téguments apparut alors dans toute l'étendue de la cautérisation.

Les suites furent des plus heureuses.

Pas de fièvre, pas d'inflammation locale ou périphérique pendant la chute des ~~ese~~ escarres, qui était complète au 15ème jour (12 février).

A la fin de ce même mois de février, le malade était complètement guéri; on voit sur le scrotum une cicatrice épaisse, longitudinale, non douloureuse, qui

paraît aider au succès de la cautérisation des veines en fronçant la peau et en la soulevant de bas en haut, de façon à remplacer complètement l'usage d'un suspensoir.

Nous avons revu ce jeune homme, bien des fois, dans le courant de l'année 1852, et il ne nous a présenté aucune tendance à la récidive.

C.

De la Kératite vasculaire.

On entend par Kératite vasculaire, une inflammation de la Cornée, avec développement de vaisseaux dans son tissu : cette affection est fréquente, et un de nos malades nous en offre en ce moment un exemple bien caractérisé.

Il y a deux ans (Janvier 1850) que ce malade, âgé de 35 ans, fut atteint d'ophthalmie pour la première fois ; il est charbonnier, et par conséquent ses yeux sont exposés à être souvent irrités par des grains de poussière de charbon.

J'insiste sur cette particularité, car il est probable que chez notre malade l'affection a commencé par un état granuleux des paupières.

Des scarifications ont fait rétrograder la maladie pendant quelque temps, mais elle a bientôt repris son cours habituel.

Les deux yeux sont enflammés à des degrés différents:

1° A gauche, le centre de la cornée est encore pellucide, mais taillé à facettes comme les yeux des insectes; à la circonférence, on trouve une couronne radiée, flexueuse, composée de vaisseaux très-fins, placés profondément au niveau de la ligne de jonction

de la cornée et de la sclérotique, ce cercle vasculaire, bien décrit par Mr. Velpeau ne manque jamais dans la Kératite et la l'iritis : ici, il envoie de nombreuses ramifications dans la cornée, principalement autour des petites ulcérations à facettes dont sa surface est presque couverte.

En dehors de la cornée, nous trouvons une injection dans le tissu cellulaire sous-conjonctival : ce sont de gros vaisseaux, tortueux, violacés, incrustés dans le tissu de la conjonctive et mobiles sous le doigt, comme cette membrane du reste épaissie et formant une sorte de Chémosis ~~s~~ hématique.

Quand on examine l'intérieur de l'oeil, on voit :

1° Que la chambre antérieure est normale ; seulement, on dirait qu'elle est remplie par une sorte de brouillard léger ; l'iris est à l'état sain ; pupille petite, mais contractile ; son ouverture est libre de toute espèce d'adhérences et de dépôts plastiques.

Nous n'avons donc ici qu'une kératite superficielle, avec ulcérations superficielles et vascularisations. Tel est l'état de l'oeil gauche.

2° A droite, nous trouvons la même disposition des injections & superficielles et

profondes; de plus, la cornée nous offre un pannus; c'est-à-dire un développement considérable des vaisseaux de la cornée et de la conjonctive, qui par leurs nombreuses anastomoses ont fini par former une sorte de voile charnu, rougeâtre, mollasse et fongueux, qui recouvre presque toute la membrane.

Çà et là, la cornée est opaque et lardacée.

La chambre antérieure n'existe plus: il y a synéchie antérieure; de ce côté, la kératite a été perforante, et la chambre antérieure une fois ouverte, l'humeur aqueuse a été évacuée; l'iris est alors

venue s'appliquer à la face postérieure de la cornée et a contracté des adhérences avec cette membrane.

Quand la perforation a lieu vers le centre de la cornée, la pupille venant se placer vis-à-vis de la perforation ne peut s'engager et faire hernie. mais quand la perforation est latérale, les plans circulaires de l'iris viennent se coller sur les lèvres de la plaie cornéenne s'engageant à travers l'ouverture font hernie, en quelque sorte, et viennent alors former à la surface de l'oeil ce que l'on a décrit sous le nom de

~~Staphyl~~ Staphylôme de l'iris.

Mais si la perforation centrale n'expose point les malades à une hernie de l'iris, elle peut amener, comme complication, une maladie assez sérieuse : une cataracte.

L'inflammation de la cornée s'étend à la capsule qui est venue se mettre en contact avec la perforation.

Les perforations de la cornée présentent dans leur marche un fait bien important à étudier.

La cornée perforée se régénère et sécrète un tissu cornéal de nouvelle formation, transparent, qui vient remplacer la portion

de membrane détruite.

Or cette pellicule a de une résistance suffisante le plus souvent. quelquefois cependant elle est trop faible, et dans ce cas on a une Kératocèle, que l'on peut encore conduire à bonne fin; cette membrane, faible d'abord, finit par acquérir assez de résistance pour ne point faire hernie.

Cette membrane devient opaque, et cette opacité forme ainsi une des variétés de la cataracte capsulaire.

Que ferons-nous à ce malade ?

~~P~~our l'œil droit :

1° d'abord, il faut ~~tâcher~~

de rendre à la chambre antérieure son liquide normal: pour atteindre ce but, nous fermerons les paupières, et nous les condamnerons à l'immobilité.

2° Chercher à faire disparaître la perforation par quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, les collyres au laudanum, moyens également utiles pour combattre le pannus de ce côté.

Pour l'œil gauche:

Exciser un cercle de la conjonctive autour du limbe de la cornée: pour cela, nous saisirons un petit lambeau, avec une pince à griffe, et de bons ciseaux suffiront pour

l'exciser.

Cette opération est doulouveuse, et nous pourrons endormir le malade: M. Desmarres pratique souvent cette section des ciseaux, et avec succès.

Comme moyens adjuvants, chaque jour, on touchera légèrement les granulations des paupières avec le crayon de sulfate de cuivre: le malade prendra le matin un paquet de calomel et jalap (0,30 de chaque); et avec du temps et de la persévérance, nous pourrons obtenir, sinon un succès complet, au moins une amélioration telle que cet homme pourra reprendre ses

occupations.

Ce malade est resté près de trois mois dans les salles, soumis au traitement qui vient d'être indiqué. L'oeil droit n'en a retiré aucun bénéfice ; Mais, du côté gauche, les ulcérations de la cornée s'étaient complètement cicatrisées au moyen d'un tissu transparent.

Sous l'influence des scarifications, les vaisseaux qui alimentaient l'inflammation avaient à peu-près complètement disparu ; et le sulfate de cuivre avait heureusement modifié les granulations palpébrales.

Diagnostic des Tumeurs des Bourses.
Epiplocèle.

Au n° 27 de la salle des hommes, est un jeune homme de 17 ans, tapissier: mardi dernier, c'est-à-dire il y a quatre jours (13 Janvier 1812), sans cause connue, et sans avoir jamais été atteint de hernie avant cette époque, ce jeune homme est pris tout-à-coup de coliques; un médecin appelé sur le champ constate une hernie inguinale droite, assez volumineuse. Au moyen du taxis, elle put être réduite en partie. Le médecin, ancien interne des hôpitaux, engagea

le malade à aller ~~changer~~ chercher un bandage chez Mr Charrière ; mais il restait un peu de la hernie.

Ce cas est assez compliqué pour la pratique et mérite quelques détails.

Il existe dans la bourse droite une tumeur Bi-lobée, sortant par l'anneau et descendant de plusieurs centimètres dans le scrotum ; le testicule se trouve au-dessous, et il est bien reconnaissable à la douleur que la compression fait naître en cet endroit.

La première tumeur est molle, élastique, fluctuante et transparente à la partie inférieure ; à la partie supé-

vienne au contraire la transparence a disparu et la tumeur est mollasse, tendue comme une sorte de corde; elle s'engage à travers l'anneau et on la suit à travers la paroi abdominale, jusques dans la cavité du même nom, où elle s'enfonce profondément.

Ce signe est important, et il ne faut pas le négliger.

Le diagnostic différentiel de toutes les tumeurs avec lesquelles celle-ci pourrait être confondue serait inutile et fastidieux; vous avez tous pu constater, Messieurs, que c'est une hernie épiploïque avec bubonocèle(?) à la partie inférieure

où est le liquide. Ce liquide ne disparaît pas, il ne tend point à s'échapper par un orifice quelconque et reste enfermé dans la poche qui le comprime de toutes parts.

Ce fait m'en rappelle un autre fort analogue que j'ai entendu raconter bien des fois aux professeurs Bérard et Marjolin : comme il est important au point de vue de la pratique, je vais vous le dire en quelques mots :

Une dame avait une petite tumeur dans l'aine ; cette tumeur contenait une certaine quantité de sérosité qui ne rentrait pas : ils crurent

avoir affaire à un simple kyste séreux, et pratiquèrent dans son intérieur une injection iodée; dans les 24 heures la malade était morte.

A l'autopsie, on trouva un tout petit sac herniaire, dans lequel s'était introduite la trompe de l'ovaire; le liquide pressé refoulait la trompe qui empêchait son échappement.

Chez notre malade, je crois à l'existence d'une disposition analogue : quant à la partie solide qui compose la masse principale de la tumeur, c'est de l'épiploon; il y a là une communication avec le péritoine.

Tous les signes de la

hernie inguinale antérieure;
hier la tumeur était assez dure
et j'ai pu en faire rentrer
une portion, très petite à
la vérité, mais enfin réelle.

Nous avons donc là,
Messieurs, une hernie épiplo-
ïque, avec du liquide dans
le sac, et probablement des
adhérences.

Que ferons-nous dans
ce cas particulier?

La science a beaucoup
varié à cet égard:

1° Arnaud voulait qu'on
réduisît, puis qu'on appli-
quât la compression, les
astringents sur la tumeur.

2° On a vanté encore
le repos complet au lit, dans le

décubitus dorsal, un régime sévère, aidé de la compression.

3° J. L. Petit et Sabatier conseillait de ne point tenter la réduction de la tumeur, mais de la soutenir mollement avec un bandage convenablement fait.

Cependant, malgré ces moyens prudents, on trouve dans leurs écrits quelques observations suivies de péritonites.

4° de nos jours, Mr. Malgaigne a émis des préceptes qui ont une certaine analogie avec les précédents. D'après cet auteur: l'épiploon renflé s'hypertrophie dans le sac qui le contient, et de son côté le sac se rétrécit au collet:

par conséquent, si l'on pouvait aider cette constriction par des moyens appropriés, le régime, le décubitus, une compression méthodique et prolongée, la réduction deviendrait facile chez un certain nombre de malades: — M. Malgaigne cite à l'appui de ces idées théoriques: 1° une observation de tumeur épiploïque très-volumineuse; 2° trois autres observations, dans lesquelles le régime, la compression, les astringents, les purgatifs ont parfaitement réussi, en un mois, deux mois, etc a.

De plus, M. Malgaigne ayant revu les malades après un certain temps, les a trouvés

guéris sans récidive : le collet du sac était complètement oblitéré ; il s'était formé là une véritable soudure.

Je ne soumettrai pas notre malade à un traitement aussi long parce que : dans les observations citées, les tumeurs étaient épiploïques, volumineuses, et on les réduisait en partie ; ici, la tumeur est petite, l'anneau très-large ; elle ne rentre pas, et ce sont des adhérences solides qui s'opposent à sa réduction.

Nous viderons le sac de la sérosité qu'il contient, et nous pourrons mieux constater ce qui se trouve dans sa cavité, agir plus facilement

et tâcher d'opérer la réduction et de la maintenir.

Si nous échouons, il faut prévenir les accidents possibles, c'est-à-dire empêcher que l'intestin sorte ~~de~~ avec l'épiploon: un bandage bien fait sera nécessaire: la pelotte sera concave et un tissu à la fois mou et élastique, comme le caoutchouc, remplira parfaitement cet usage.

Sous l'influence du repos au lit, la partie liquide de la tumeur avait sensiblement diminué; la ponction indiquée plus haut ne fut pas pratiquée: et un bandage construit d'après les indications précédentes fut seulement appliqué sur la tumeur.

Et le malade, tapissier de son état, put reprendre ses travaux 15 jours après son entrée à l'hôpital (10 février 1852) —

Chute du rectum

hémorrhoïdes fongueuses. hémorrhagies abondantes. Douleurs violentes. — Cautérisation au fer rouge. Guérison.

Le 18 Janvier 1852 est entré à l'hôpital des cliniques, Charles, peintre, âgé de 25 ans, pour être traité de ses hémorrhoïdes devenues très-douloureuses.

Ce malade nous apprend que dès son enfance, il éprouvait quelques douleurs à l'anus; il avait aussi remarqué que s'il allait à la selle, dans le jour, le rectum

se déplaçait facilement pendant le reste de la journée; aussi prenait-il le soin de n'aller à la selle que le soir.

Depuis plusieurs années, les douleurs sont devenues très-violentes, les pertes de sang considérables, et ces phénomènes se manifestent surtout quand il boit de l'eau-de-vie ou du vin. Du reste, la santé paraît encore excellente; c'est un garçon vigoureux.

Quant à la question d'hérédité, il ne se rappelle pas avoir entendu dire qu'il y ait eu une affection analogue dans sa famille.

État local — Le pourtour de l'anus présente un double

bourrelet rougeatre et saignant; l'un externe, l'autre interne: ces deux bourrelés sont sillonnés par de grosses tumeurs veineuses comme une grappe de raisin: c'est la muqueuse rectale qui est gonflée, hypertrophiée, et se confond avec la peau criblée elle-même de veines dilatées.

Selon Boyer, il y a deux états qu'on appelle chute du rectum:

1° la muqueuse seule fait hernie au dehors, et dans ce cas la muqueuse se confond avec la peau; mais cette disposition ne doit pas recevoir le nom de chute du rectum.

2° quand il y a un sillon

entre la peau et la muqueuse, les trois tuniques s'y trouvent et c'est à cette dernière disposition anatomique que le nom de Chute du rectum doit être conservé.

Le Diagnostic peut offrir quelques difficultés: un malade vint, il y a quelque temps, avec une petite tumeur à l'anus qui avait été prise pour un polype: en l'examinant de près, je vis la continuation de la muqueuse avec la peau. Je fis une cautérisation et le malade guérit parfaitement.

Dans le cas particulier qui nous occupe, que ferons-nous?

1° Dupuytren pratiquait l'excision des plis radiés de l'anus

quand il y avait simple pro-
lapsus de la muqueuse.

Ici nous avons deux choses:
une chute du rectum et des
hemorrhoïdes; et le mode
de traitement préconisé par
Dupuytren serait certainement
très-infidèle.

Du reste, on comprend
très-bien qu'à l'époque de
Dupuytren on attachait à ce
moyen une très-grande im-
portance, car il était peu
douloureux, et la cautérisation
déterminait de cruelles souffrances.

Mais aujourd'hui que
le chloroforme éteint la
douleur, nous préférons le
cautère actuel, moyen éner-
gique, mais dont le résultat est

certains.

Voici le procédé opératoire que je mettrai en usage; un fil sera passé à la racine de la tumeur, tout près de l'anus.

Le malade étant plongé dans le sommeil anesthésique, je cautériserai fortement toute cette muqueuse hypertrophiée qui forme la tumeur.

Le 20 Janvier 1872 cette opération fut exécutée comme nous venons de le dire; quatre cautères en roseau rougis à blanc furent successivement éteints sur la tumeur.

Après la cautérisation, de l'eau froide fut appliquée au moyen de compresses sur la

région anale.

Pendant le reste de la journée, le malade a médiocrement souffert. — Potion calmante.

21 Janvier — Il a pris un bain un peu chaud; et il a souffert un peu plus après le bain.

22. Plus de souffrances. Le malade va à la selle (après un lavement); ni sang, ni douleur.

23 — 24 — Rien de nouveau.

25 — 26 — Les escarres commencent à se détacher; lavements tièdes tous les jours.

Plus de douleurs, le malade se lève, se promène.

30 — Il demande à sortir.

Depuis cette époque nous l'avons vu plusieurs fois; et il est bien complètement guéri.

Kystes des synoviales des fléchisseurs des doigts.

La présence simultanée dans le service de trois malades affectés de kystes siégeant dans les synoviales des fléchisseurs des doigts nous a donné l'idée de tracer les principaux caractères de cette affection, peu connue d'ailleurs, et dont le traitement laisse encore beaucoup à désirer.

Chacun de ~~nos~~ nos malades se présente à des degrés différents de la maladie, et ce peu

dans ils ont quelques caractères communs; le premier a parcouru toutes les périodes et peut être considéré comme un type complet de cette affection; le second a présenté ~~une certaine quantité de liquide~~ ceci de remarquable qu'à une certaine période de la maladie la tumeur s'est percée et a donné passage à une certaine quantité de liquide séro-purulent, puis elle s'est refermée pour se reproduire; le troisième cas, enfin, est chez une femme qui n'a présenté que des symptômes de début, ou du moins peu avancés. Du reste, avant d'entreprendre l'histoire pathologique de ces kystes, nous croyons utile de

rappeler la disposition anatomique de la synoviale des tendons fléchisseurs; ces quelques notions d'anatomie serviront à faire mieux comprendre les faits qui vont suivre.

Les tendons des muscles fléchisseurs des doigts peuvent être divisés en deux groupes relativement à la disposition de leurs gaines synoviales: l'un comprend le pouce, qui a pour lui seul une gaine spéciale; l'autre, les quatre doigts, qui sont renfermés dans une gaine commune spéciale.

Envisagées d'une manière générale, ces gaines tendineuses peuvent être comparées à

une sorte de manchon traversé par le tendon. Elles s'étendent vers l'avant-bras jusqu'à la partie inférieure du carré pronateur; du côté de la main, elles offrent des prolongemens qui n'ont pas pour tous les doigts la même étendue. En effet, tandis qu'elles se propagent jusqu'à l'ouverture des tendons fléchisseurs du petit doigt et du pouce, elles s'arrêtent pour les trois doigts moyens vers le milieu de la paume de la main.

Le cadre que nous venons de présenter ne suffirait pas pour donner une idée exacte de la disposition de ces synoviales relativement aux tendons fléchisseurs; ajoutons

quelques mots. Dans une coupe transversale du poignet faite au niveau du ligament annulaire du carpe, supposons-la partir d'un point A qui représente la partie antérieure de ce ligament annulaire et admettons qu'elle se porte d'abord en dehors : elle vient se mettre en contact avec la gaine du fléchisseur du pouce en circonscrivant un espace triangulaire où passe le nerf médian ; partant de ce point, elle se recourbe sur elle-même de façon à redevenir parallèle à sa direction première en passant au-devant des fléchisseurs superficiels ; arrivée au fléchisseur du petit doigt, elle se réfléchit de nouveau au-

dehors de ces tendons et vient adhérente à la gaine du fléchisseur du pouce; puis, revenant sur elle-même, elle suit de nouveau une direction parallèle à son trajet primitif, se porte de dehors en dedans au-devant des fléchisseurs profonds, puis de dedans en dehors en passant derrière ces tendons; et enfin, parvenue au bord externe, elle se recourbe une dernière fois en passant au devant des os du carpe et vient rejoindre le point A dont nous l'avons supposée partie.

En résumé donc, il résulte de ce que nous venons de dire, que les deux couches des

fléchisseurs superficiels et profonds forment dans la cavité synoviale commune deux cloisons incomplètes qui la divisent en trois loges superposées communiquant entre elles vers le côté interne du poignet.

Nous avons en commençant tranché une question importante et qui cependant a été controversée ; c'est celle de la non-communication de la gaîne du pouce avec celle des autres doigts. M. Maslieurat-Lagemard (1) affirme cette communication ; mais cette opinion

---

(1) Des aponévroses et des synoviales de la main, etc.... (Gazette médicale Paris, 4 mai 1839).

n'est pas partagé par MM. Cruveilhier, Velpeau et Gosselin, dont les recherches récentes sont venues compléter nos doutes sur ce point intéressant de l'anatomie de la région.

La description que nous venons de reproduire offre, au point de vue chirurgical, deux choses importantes à noter:

La première est relative à l'accolement de la synoviale du pouce et de celle des autres doigts; la seconde, à la longueur différente des gaînes tendineuses. En effet, si elles suivent dans toute leur étendue les fléchisseurs du pouce et du petit doigt, d'un autre côté elles ne forment que de petits culs-de-sac aux trois

doigts du milieu, et il on t'ai de remarquable qu'ils sont d'autant plus longs qu'on se dirige de plus en plus de dehors en dedans. Celui de l'indicateur est le plus court, tandis que le plus long des trois est, au contraire, celui de l'annulaire.

Ces notions anatomiques une fois posées, appliquons-les aux faits pathologiques que nous avons observés.

Le nommé X..... charron âgé de 21 ans, est entré à la clinique le 15 janvier 1872. Il prétend avoir habituellement une bonne santé, et ne présente pas, en effet, de traces de cachexie ou d'un état pathologique général quelconque.

Il raconte seulement qu'il a eu, depuis l'âge de 7 à 8 ans, un certain nombre de furoncles; mais depuis 5 ou 6 ans, il n'a plus été sujet à cette affection. Il y a deux ans, il a deux ans, il a éprouvé quelques douleurs dans le dos et l'épaule droite; elles ont duré 4 ou 5 jours, puis ont disparu pour ne plus se reproduire. On ne peut donc pas voir chez lui de disposition rhumatismale accusée.

Depuis deux ans et quelques mois, le malade est atteint de l'affection qui l'amène à l'hôpital; et, du reste, c'est déjà la seconde fois qu'il vient réclamer nos soins, car, le 17 Juin 1851, il s'est présenté à nous

avec une tumeur du poignet semblable à celle qu'il présente aujourd'hui. Au bout de quelques jours, sous l'influence du traitement que nous indiquerons tout-à-l'heure, il nous quitta guéri; mais il rentre aujourd'hui pour une récidive.

Le début de la maladie fut annoncé par des douleurs et de l'engourdissement du côté du pouce avec gonflement de ce doigt, dont les mouvemens étaient très-limités et douloureux; plus tard il est survenu une tuméfaction du poignet, un peu au-dessus du ligament annulaire du carpe, plus considérable à la région externe. Sous l'influence de frictions faites avec 3 une

pommade dont il ignore la nature, il obtint, dit-il, une amélioration sensible. Mais un an après que la maladie eut débuté au pouce, il se manifesta un gonflement considérable au poignet, marqué surtout vers la région interne; bientôt ce gonflement se propagea jusqu'à l'extrémité du petit doigt, qui resta pendant six semaines sans pouvoir être fléchi; au bout de ce temps le mouvement de flexion pouvait être communiqué à ce doigt par l'autre main, mais la flexion active était perdue.

Deux ou trois mois plus tard, le pouce a aussi été affecté de la même manière, et en même temps le gonflement

du poignet a augmenté. C'est à cette époque que le malade est entré à la clinique pour la première fois, présentant l'état que nous allons décrire et qui est à peu près celui qu'il offrait la seconde fois.

On constatait chez lui, à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras, une tumeur molle, fluctuante, saillante surtout vers le bord cubital et disparaissant à une pression soutenue; le poignet avait donc une configuration anormale, caractérisée surtout par une saillie arrondie en avant.

Le toucher faisait reconnaître une tumeur assez dure dans la paume de la main,

formée par un liquide épanché qu'on pouvait facilement faire refluer vers l'avant-bras, et réciproquement. En faisant exécuter aux doigts des mouvements de flexion et d'extension, on percevait un bruit de crépitation très-manifeste ; le toucher le constatait, et à l'oreille elle-même il rappelait le bruit du frottement pleurétique. Tous ces signes nous ont démontré l'existence, dans le poignet de ce jeune homme, d'une de ces tumeurs en bissac, contenant un certain nombre de corpuscules blancs, albumineux, rappelant par leur forme les graines de melon ou de riz à moitié cuit, que Dupuytren a décrites

sous le nom de kystes séreux à granules hydatiformes. C'est qu'en effet on rencontre assez souvent dans ces tumeurs de petits corps blancs, albumineux, rappelant par leur forme et leur aspect général les hydatides, mais ne présentant aucun signe de vie. Ces petits corps se trouvent aussi quelquefois dans la bourse prérotulienne. La crépitation perçue n'est, du reste, pas un signe qui indique exclusivement la présence de ces corpuscules; car on l'a observée assez souvent, soit lorsque l'ouverture qui fait communiquer la cavité du poignet et celle de la paume de la main est rétrécie, et qu'alors le liquide vient

produire un bruit de râpe par son passage à travers l'étranglement, ou encore par le frottement des tendons sur la gaine qui leur donne passage.
Il se produit peut-être là une vibration analogue à celle de la corde mise en mouvement par l'archet. Outre les phénomènes que nous venons de mentionner, le malade a encore présenté des douleurs vives se produisant surtout pendant la nuit, occupant toute la longueur de l'avant-bras, et siégeant principalement sur le trajet du nerf cubital. Nous nous sommes demandé quelle était la nature de ces douleurs qui n'ont

peut-être pas été suffisamment étudiées, et nous sommes arrivé, par exclusion, à les regarder comme névralgiques; seulement ces névralgies doivent être caractérisées par l'épithète d'**ascendantes**; car la cause qui les détermine, à l'encontre des faits ordinaires, semble siéger à la périphérie du nerf, et non vers sa racine.

Tels sont les principaux phénomènes observés chez notre premier malade. L'histoire des deux autres devra être beaucoup plus succincte; car nous nous bornerons à signaler les particularités, en regardant l'observation précédente comme un type. Le traitement sera indiqué et formulé à la fin de cette étude.

Notre second malade, couché au n.° 1 de notre salle des hommes, est raffineur de son état, profession, comme on le sait, exigeant un déploiement de forces considérables. D'une assez bonne constitution d'ailleurs, il est âgé de 32 ans, et déclare avoir toujours joui d'une santé parfaite. Ce n'est qu'à dix mois qu'il fait remonter le début de sa maladie. Il ressentit alors pour la première fois une douleur sourde dans les articulations des doigts, avec une raideur très-marquée. La maladie a débuté à peu près avec la même intensité dans tous les doigts, mais sans phénomènes du côté du poignet. Ce n'est que deux mois plus tard

que le gonflement s'est manifesté dans cette région, et a été plus considérable dans la portion correspondant au pouce, sans que ce doigt fût notablement plus gros que les autres. Cette tumeur du poignet s'est graduellement accrue, et a fini par acquérir le volume d'un ~~œuf~~ petit œuf. Le malade, gêné dans ses travaux où la main devait être pliée, n'en a pas moins continué à soulever de lourds fardeaux. Il y a six mois, la tumeur, déjà fluctuante depuis quelque temps, a fini par se percer en laissant écouler une certaine quantité de liquide séro-purulent. Le malade n'a pas cessé son travail; et

l'écoulement, après avoir continué pendant quelque temps, s'est enfin tari, et la tumeur, qui avait notablement diminué et même presque disparu, a commencé à se reproduire, lorsque deux mois plus tard, l'orifice a été oblitéré. En effet, nous avons pu constater, lorsque nous avons vu le malade pour la première fois, qu'il présentait à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras une large tumeur fluctuante, accompagnée de gêne dans la flexion et l'extension des doigts, et même de douleurs dans les articulations. Nous retrouvons chez ce malade un phénomène important et déjà signalé dans l'observation

précédente : c'est une douleur qu'il ressent dans tout l'avant-bras, mais plus vive et plus distincte sur le ~~trajet~~ trajet du nerf médian, et elle présente ceci de remarquable, qu'elle s'exaspère la nuit. Du reste, comme chez l'autre malade, la tumeur n'était pas en bissac ; elle était bornée à l'avant-bras. La paume de la main est restée parfaitement libre.

Un vésicatoire volant appliqué par deux fois sur la tumeur n'a produit que peu de résultat. Nous avons encore employé les compresses d'alcool, suivant la méthode de Mrs Bouzelot ~~et~~ de Mervin, et nous avons fait diminuer 16 pochiamenb

en très-peu de temps, seulement si l'on peut s'exprimer ainsi, l'état chronique a succédé à l'état aigu, et il est resté à la place de la tumeur première un empâtement assez ferme qui a résisté à tous les moyens mis en usage en pareil cas. Les mouvemens étaient toujours gênés, mais peu douloureux, et les douleurs névralgiques du bras avaient complètement disparu. Nous avons fait sur le siége de la tumeur quelques lignes avec le cautère actuel, et sous l'influence de la révolution produite, le malade ne souffrit ~~pas~~ plus. Disons de suite, pour ne plus y revenir, que, ce malade étant resté dans nos salles, nous avons

pu l'observer, et les accidents ayant reparu, ou du moins l'empâtement chronique avec gêne des mouvemens ayant persisté, nous avons dû à plusieurs reprises employer la cautérisation transcurrente. Chaque fois nous obtenons une certaine amélioration; mais la guérison n'est pas encore complète.

Le troisième malade observé est une femme âgée de 52 ans, qui n'a jamais présenté le moindre accident tenant de près ou de loin à la maladie qui nous occupe; son travail se borne à faire son petit ménage; c'est dire qu'elle n'est pas exposée à un travail qui

dépasse ses forces. Il y a un an, et sans cause appréciable, elle a ressenti des picotemens et même des élancemens dans le pouce et le doigt annulaire de la main droite; puis ces douleurs ont gagné la main, et se portant enfin vers le bord interne de l'avant-bras, elles ont suivi le trajet du nerf cubital, se répandant ainsi dans le bras et même jusques dans la mamelle du même côté. N'oublions pas que la maladie a débuté dans le pouce.

Ce n'est qu'il y a 7 ou 8 mois, c'est-à-dire au mois de Juin dernier, qu'il est survenu des élancemens dans le poignet. A cette époque, le petit doigt

et l'annulaire étaient douloureux, et les douleurs du bras étaient devenues plus vives. Malgré ces accidents, la malade, continuant ses occupations, ils se sont aggravés, et elle a été ainsi obligée à plusieurs reprises de les cesser, pour les reprendre au bout d'un ou deux jours.

Elle est venue une première fois réclamer des soins à la clinique, au mois d'octobre dernier. L'alcool a été employé chez elle avec quelque succès; mais, obligée de sortir pour affaires, le mieux ne s'est pas soutenu, et la reprise des occupations de la malade, jointe à la cessation du traitement, a compromis le

le demi-succès qu'on avait déjà obtenu.

Elle est rentrée le 17 Janvier 1852 plus malade que jamais. Elle présente une tumeur fluctuante assez considérable à la partie antérieure du poignet, les mouvemens de flexion et d'extension sont gênés et même douloureux, et, chose remarquable, elle éprouve, comme les deux malades dont nous venons de tracer l'histoire, des douleurs névralgiques s'exagérant la nuit, au point même de troubler le sommeil.

En présence de ces accidents, nous avons mis en usage le moyen employé

précédemment, les compresses alcooliques ont produit chez elle une cessation complète des douleurs. L'idée des applications alcooliques appartient à M.r Bouzelot de Meaux qui l'a le premier employée, et souvent avec succès. Il cite entre autres le fait d'un terrassier qui portait une tumeur en bissac, comme celle que nous avons décrite chez notre premier malade, et qui a été guérie par l'application de l'alcool en deux mois; il a repris ses travaux et la guérison s'est maintenue.

En résumé, voici de quelle façon nous appliquons l'alcool: on se sert d'alcool à 36°,

dont on a imbibé une compresse assez épaisse que l'on place sur la tumeur; on a soin que la compresse soit constamment très-fortement imbibée; et, pour empêcher l'évaporation, on entoure le tout d'une bande de taffetas gommé. Ce traitement, fait avec persistance pendant un temps variable selon les sujets et le degré d'évolution de la maladie au moment où on le commence, joint à un régime doux et au repos absolu du poignet, nous a donné d'assez bons résultats.

Pour en revenir à notre premier malade, dont nous avons à dessein renvoyé

le traitement ici, voici ce qui a été fait : lorsqu'il est entré dans le service au ~~ba~~ mois de Juin dernier, l'application de l'alcool avait fait disparaître ses deux tumeurs dans un temps assez court ; aussi avons-nous pensé alors que, si, malgré la crépitation qu'on entendait, il y avait des corpuscules hydatiformes, il y en avait au moins en bien petit nombre. Le malade a repris ses travaux de charron, et au bout de deux mois la tumeur s'était reproduite en présentant toujours sa forme en bissac et les autres caractères que nous avons énoncés plus haut. L'alcool a été encore une fois

appliqué avec persévérance et a semblé pendant quelque temps produire la résolution de l'épanchement; mais bientôt le malade s'est plaint d'une douleur assez vive dans la partie touchée par l'alcool, douleur qu'il caractérisait par les mots de cuisson et brûlure. La région présentait en même temps un soulèvement considérable de l'épiderme, qui était blanchâtre, coriace et ridé, et contenait au-dessous de lui une assez grande quantité de liquide séreux très-limpide. La tumeur du poignet semblait avoir diminué de volume mais non avoir disparu complètement.

Nous nous sommes demandé quel était le mode d'action de l'alcool dans cette circonstance, et nous avons pensé qu'il aurait bien pu ici agir comme agent irritant et produire par son contact incessant une sorte de vésication analogue à celle que produit l'ammoniaque, mais moins rapide. Son action est pour nous spéciale, évidente dans certains cas; si l'explication nous échappe, ce moyen n'en devra pas moins être conservé; le mode d'action de la plupart de nos moyens thérapeutiques n'est pas d'ailleurs plus connu que celui de l'alcool.

Il est resté, chez notre premier malade, un empâtement fluctuant avec crépitation sensible par le

moindre mouvement des doigts, et même en faisant refluer le liquide de la tumeur palmaire à celle du poignet et réciproquement; la présence de ces craquements nous fait penser qu'il y a là probablement un assez grand nombre de corpuscules hydatiformes, et que nous avons affaire à une de ces tumeurs décrites par Dupuytren. Dans ce cas, on le comprend, notre médication topique devient insuffisante, et, avant d'en venir à l'incision de la tumeur, que Dupuytren préconise, mais qui amène toujours des accidents plus ou moins graves, nous nous proposons de faire une ponction avec le trocard, et

une injection iodée après avoir vidé la poche le plus possible.

Chez les deux autres malades, le résultat a été encore assez satisfaisant : l'alcool a produit la disparition de la tumeur en peu de temps. L'homme couché au n° 5 a bien gardé un empâtement de la région ; mais la maladie principale n'en a pas moins été jugée par notre moyen. Il a présenté une atrophie assez grande de la masse de muscles qui se trouve à la partie interne de l'avant-bras ; mais nous n'osons pas rapporter à la tumeur du poignet ce phénomène qui ne trouve pas ici ~~de~~ d'explication justifiable. Quant à la femme, sa tumeur a par deux fois

disparu ; et la seconde fois, le traitement ayant été assez long temps continué, nous avons tout lieu de ne pas craindre une récidive.

On le voit, l'alcool a agi dans ces trois cas avec une efficacité presque inversement proportionnelle à l'état d'ancienneté du mal. Nos trois malades étaient à des périodes différentes de la maladie. La guérison a été prompte quand l'affection était récente ; pour les deux cas où elle était ancienne, nous n'avons obtenu qu'une amélioration.

La maladie a débuté chez deux d'entre eux, la femme et le premier malade, par la gaîne du pouce ; chez le second par la gaîne

commune des doigts. Cependant chez le premier la tumeur du poignet, après avoir été plus volumineuse du côté du pouce, a au contraire considérablement prédominé vers le bord interne du poignet; chez l'homme du n.° 1, elle paraît être passée de la gaîne commune des doigts à celle du pouce. Nous avons établi anatomiquement l'isolement de ces deux gaînes, et cependant comment expliquer la gêne successive des mouvemens et la douleur ressentie par nos trois malades dans des conditions différentes? La seule explication probable de ce passage de la maladie d'une gaîne à l'autre serait le

développement d'une inflammation de voisinage, se transmettant d'autant plus facilement que les deux gaînes ne sont plus fortement accolées l'une à l'autre; mais il reste ces douleurs névralgiques ascendantes qui se sont montrées si constantes et si bien caractérisées chez nos trois malades.

Y-a-t-il aussi un phénomène de voisinage? et les nerfs cubital ou médian sont-ils influencés par le voisinage d'un foyer inflammatoire, et de cette influence résulte-t-il les douleurs observées? Le nerf médian étant situé au-dessous du ligament annulaire du carpe, ne pourrait-on pas expliquer les douleurs

suivant son trajet par la compression qu'il subit? à cause de la distension exagérée de la synoviale qui le comprime contre le plan résistant du ligament annulaire du carpe, cette explication est séduisante pour ce nerf. Le nerf cubital serait, lui aussi, comprimé contre un prolongement de l'aponévrose palmaire qui le recouvre.

Nous venons d'émettre quelques idées sur une affection peu étudiée, et qui cependant mérite de l'être. Nous n'avons pas prétendu faire une histoire complète de la maladie, mais seulement, en groupant quelques faits, mettre en lumière les ~~des~~ desiderata de la science à cet égard.

F.

Sur quelques signes diagnostiques de la Coxalgie.

Nous venons de voir dans nos salles un enfant de 13 ou 14 ans, atteint de coxalgie, et nous allons signaler succinctement à son sujet quelques signes importants pour le diagnostic de cette ~~maladie~~ affection. Cet enfant, bien portant d'ailleurs, est assez bien développé et n'est pas scrofuleux. Il se plaint d'une douleur assez vive à la hanche. L'examen du membre nous a fait

constater les traces d'un vési-
catoire anciennement appliqué
sur le genou, et le jeune malade
nous a en effet avoué avoir eu
des douleurs de ce côté. C'est, du
reste, ainsi, comme on sait, que
les choses se passent toujours,
et la douleur dans le genou est
un des premiers symptômes
de la Coxalgie.

Diverses explications ont
été données de ce phénomène, et,
il faut bien le dire, aucune
ne nous paraît renfermer les
éléments d'une solution irré-
futable. On a pensé d'abord
que l'affection de l'articulation
coxo-fémorale, produisant une
inflammation des parties voisines,
déterminait une ostéite, qui,

transmise par continuité de tissus, arriverait jusqu'au genou, où le ~~centre~~ retentissement douloureux se produisait. Cette explication aurait quelques chances de probabilité si si l'on voyait en effet la phlegmasie gagner de proche en proche les tissus et marcher de haut en bas; il n'en est rien. On constate facilement la douleur au genou, la douleur à la hanche, mais elle manque dans les points intermédiaires; et d'ailleurs, chose importante à constater, la douleur du genou précède précède toujours celle de l'articulation coxo-fémorale. Dans l'ostéite, il y a tuméfaction des os, déformation; dans aucun

cas de coxalgie les choses ne se sont passées ainsi, le fémur a toujours conservé son volume normal, de sorte qu'on est bien obligé d'admettre qu'il n'y a pas là de phénomènes phlegmatiques.

D'autres explications ont été proposées : on a remarqué que le nerf obturateur, qui par ses rameaux inférieurs vient se terminer à l'articulation du genou, est dans son trajet transversal très-voisin de l'articulation coxo-fémorale malade, et qu'alors ce nerf se trouvant au milieu de tissus enflammés, pouvait être influencé par eux et donner lieu à la sensation de douleur ressentie. Dans ses

dernières ramifications, de la même manière que l'amputé rapporte dans le pied qu'il a perdu les douleurs qu'il éprouve. Il n'en est pas ainsi cependant, car tous les jours nous voyons des tumeurs blanches produites dans les mêmes conditions sans donner lieu aux mêmes phénomènes. Une tumeur blanche du coude, par exemple, est certes bien voisine du nerf cubital, ce nerf est même le plus souvent au milieu des tissus malades, et cependant on n'observe jamais de douleur dans les extrémités digitales où se rendent ses dernières ramifications; pourquoi donc y aurait-il exception

pour l'articulation coxo-fémorale, puisque les choses ne se passent pas ainsi dans les autres articulations ? Ce que nous venons de dire d'ailleurs de l'influence que pourraient exercer les tissus enflammés sur un nerf qui les traverse s'appliquerait aux abcès périphériques des articulations, et c'est là au contraire un fait parfaitement démontré que leur action est nulle sur les nerfs.

Nous avons eu occasion d'observer l'année dernière un enfant atteint d'abcès de la partie antérieure et interne de l'articulation coxo-fémorale, pris ailleurs pour une coxalgie; l'absence de douleur au genou

a éclairé notre diagnostic; ici cependant le nerf obturateur aurait pu être influencé par la maladie voisine.

Quoiqu'il en soit de ces explications, qui, nous l'avons dit, ne nous paraissent pas satisfaisantes, et auxquelles, nous l'avouons, nous n'avons pas à en substituer qui soient sans réplique, il y a quelque chose de plus grave que l'explication; c'est le fait. Or la constatation de la douleur est facile; seulement il faut savoir distinguer la douleur symptomatique d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale, de celle qui est propre à une maladie du genou. Dans le cas

qui nous occupe, il n'y a pas de gonflement, pas de déformation de l'articulation du genou, ainsi quand le cas est simple, cette seule circonstance peut suffire; mais s'il y a maladie du genou sans déformation, il sera utile de distinguer la cause de la douleur, et son siège sera ici d'une valeur absolue. Il faut seulement savoir que la douleur symptomatique d'une affection de l'articulation coxo-fémorale se fait sentir dans le jarret, et quelquefois au niveau et vers le milieu de la rotule; au contraire, la douleur propre à une maladie de l'articulation du genou siège presque toujours

à la partie supérieure et interne du ~~genou~~. tibia..

Chez notre malade les symptômes sont peu avancés, mais il accuse de la douleur précisément dans le creux du jarret. Il n'y a pas chez lui de déformation bien évidente, pas d'inclinaison du bassin, et c'est là un cas où l'on pourrait avoir quelque difficulté à déterminer si la tête du fémur a abandonné la cavité ~~cotyl~~ ~~tot~~ cotyloïde. C'est, du reste, une question que le praticien est appelé à résoudre à chaque instant. Aussi insistons-nous pour indiquer un signe important de ~~de~~ ce déboîtement de la hanche.

à l'état normal on reconnaît que, si le fémur est fléchi à angle droit avec une légère adduction, le sommet du grand trochanter répond à une ligne qui partirait de l'épine iliaque antérieure et supérieure pour se rendre à la partie la plus saillante de la tubérosité sciatique, et que cette ligne divise en même temps la cavité cotyloïde en deux parties égales.

Quand il y a luxation, et que cette luxation a lieu par exemple, en haut et en arrière comme c'est le cas le plus fréquent, on observe une projection du grand trochanter, qui peut aller jusqu'à quatre et même six centimètres

au-dessus de la ligne que nous venons de signaler, et qu'il est toujours facile de tracer exactement en plaçant les deux extrémités d'un lac, l'une sur la crête iliaque antéro-supérieure, l'autre sur la partie la plus saillante de la tubérosité sciatique. En explorant la région fessière, on constate le déplacement du grand trochanter. Ce signe est applicable à toute espèce de luxations du fémur, et ces luxations ne sont pas rares.

La mensuration des membres est, on le sait, ~~et~~ un des autres moyens de ~~dig~~ diagnostic employés

dans l'examen des malades atteints de Coxalgie ; mais il peut arriver que la luxation soit double, ce qui s'observe fréquemment dans les luxations congéniales, et alors, les deux membres étant raccourcis, on manquera de terme de comparaison. C'est dans ces cas surtout que le moyen que nous venons d'indiquer pourra avoir une grande utilité.

Ce signe diagnostic est donc utile aussi bien dans les luxations congéniales que dans la Coxalgie, et aussi dans les luxations traumatiques.

Il y a, en résumé, chez

notre malade, en faisant abstraction d'un grand nombre de signes qu'il serait trop long d'exposer, arthrite coxo-fémorale caractérisée par de la douleur et au genou et dans l'articulation de la hanche; et cette douleur siège, pour cette articulation, à la face antérieure, c'est-à-dire au pli de l'aine.

Il y a un autre point d'élection de cette douleur: c'est la partie postérieure de l'articulation vers le milieu de la région fessière.

Si le membre est dans l'adduction, et ce phénomène nous indique une affection

un peu ancienne, car, au début, c'est plutôt l'adduction qu'on observe; le repos que le malade a été obligé de donner à son membre y a produit aussi un peu d'atrophie.

Que faire dans ce cas particulier?

Il faut avant tout s'opposer à ce que le membre prenne une position vicieuse, et prévenir, autant qu'il sera en nous, la luxation qui tend à se produire.

— L'immobilité est, selon nous, une condition indispensable pour prévenir le déplacement qui tend à

se produire ; aussi, nous ordonnons au malade de rester couché sur le dos, et de tenir ses jambes parfaitement parallèles ; nous allons faire appliquer sur la partie antérieure de l'articulation un vésicatoire volant, et si, d'ici à 15 jours, les accidents n'ont pas disparu, nous n'hésiterons pas à appliquer la cautérisation transcurrente pour prévenir la marche croissante de la maladie.

Cette conduite énergique nous est indiquée par l'efficacité probable des moyens que nous ~~emploierons~~ emploierons, maintenant

que la luxation n'est pas produite ; quand le déboîtement aurait eu lieu, la difformité serait au-dessus des ressources de l'art.

Kyste fibreux du Maxillaire inférieur.

Le n.° 10 de notre salle des hommes est occupé par un jeune homme de seize ans, d'une constitution frêle, mais dont la santé générale est bonne.

Il y a deux ans et demi environ (vers 1850), il s'aperçut que le côté droit de sa mâchoire inférieure était le siége d'une tuméfaction légère, et que les dents correspondantes, perdant de leur solidité, commençaient à devenir vacillantes.

Depuis cette époque, cette tumeur, à laquelle on ne peut attribuer aucune cause, a suivi

le cours régulier de son déve-
loppement, et voici dans quel état le malade se présente à nous :

Le côté droit du corps de l'os maxillaire inférieur est envahi, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, par une tumeur dont la largeur est à peu près de 3 centimètres dans son plus grand diamètre. La courbure parabolique de l'os dissimule en partie le relief de la portion malade.

Quand on examine la cavité ~~[illegible]~~ buccale, on croirait, au premier abord, que plusieurs dents du côté droit sont absentes ; il n'en est rien. Cette apparence est due à un

écartement considérable qui existe entre les petites et les grosses molaires. Les dents sont au nombre de 7, y compris l'incisive. La seconde petite molaire est fort peu mobile, mais le doigt imprime des mouvemens très-sensibles à la première grosse molaire, qui est en arrière de la tumeur.

Entre ces deux dents, les tissu gengival se montre avec son aspect normal.

Le doigt, introduit dans la bouche, permet de sentir en arrière un point mou, dépressible et comme fluctuant, borné de tous côtés par un rebord osseux, mince et irrégulier. La partie an-

service, de ces tumeurs manifestement solides, et dont la transparence était facile à constater.

Pour ce qui est de la fluctuation, vous avez pu voir, en mettant quelque attention dans votre examen, que, si on déprime un peu fortement la partie molle, on arrive bientôt à une limite dure, résistante, sur laquelle le doigt est forcément arrêté. Nous devons donc ici rationnellement attribuer cette sensation plutôt ~~avoir~~ au déplacement des parties solides, mais dépressibles, qu'à un flot liquide.

Enfin voici, messieurs, un argument sans réplique, et j'appellerai en passant votre

attention sur ce mode d'exploration, qui rend de grands services en certains cas:

Une aiguille à cataracte a été introduite dans la tumeur, au niveau de la partie la plus molle; elle est restée immobile, fixée dans sa position par les tissus au centre desquels elle avait pénétré. Mais peut-être n'était-elle ainsi retenue que par un ou deux points solides dans l'intérieur d'une poche liquide. Enfoncée à plusieurs reprises et dans diverses directions, nous avons chaque fois éprouvé, en la faisant pénétrer, la même sensation, et nous n'avons pu lui imprimer aucun mou-

rement ; de plus, la piqûre n'a donné issue à aucun liquide.

Je vous rappellerai que la marche et l'aspect des Kystes liquides du maxillaire inférieur ont certains caractères que nous ne retrouvons pas ici. Ces Kystes se développent profondément dans l'os ; la cavité s'agrandit souvent avec rapidité ; quelquefois, par l'adjonction de cavités, de loges voisines, les parois deviennent minces, friables, très comparables à des coquilles d'œuf ; elles renferment un liquide séreux ou séro-sanguinolent. Cette coque osseuse fournit au doigt qui la presse une sensation

de répétition toute particulière.

Nous rejetons donc l'idée d'une tumeur liquide. Voyons, parmi les tumeurs solides, dans quelle catégorie nous devons ranger celle qui nous occupe:

Ce n'est pas un squirrhe; on sait que parmi les cancers cette dernière classe est le triste apanage de la vieillesse et de l'âge mûr, et notre malade a seize ans. Le squirrhe ne se développe pas dans les os; je n'en ai jamais vu affecter cette partie de l'organisme. Je sais bien qu'on a cité des exemples de tumeurs dures, lardacées et comme squirrheuses; mais les descriptions qui en ont été faites étaient trop sommaires,

trop incomplètes pour considérer ces faits comme bien avérés. Je ne crois pas au squirrhe des os. Et d'ailleurs, ne voyons-nous pas dès le début du squirrhe et dans le voisinage de la tumeur, les ganglions lymphatiques se tuméfier et s'engorger, des douleurs vives et lancinantes se manifester dans la région malade? Ici, rien de tout cela; jamais il n'y a eu de douleur, et les ganglions maxillaires sont à leur état normal. Nous ne pouvons pas davantage songer à un encéphaloïde ou à une tumeur mélanique: car à ces signes négatifs vous pourrez ajouter qu'en aucun point la peau n'offre ni adhérence, ni altération d'aucune espèce; que jamais la tumeur n'a

été le siège d'ulcération ou d'hémorrhagie, quoique son existence remonte à près de trois ans.

En procédant ainsi par la voie d'exclusion, nous sommes arrivés à n'avoir plus à examiner que des tumeurs fibreuses; et encore ici aurons-nous une distinction à établir. Vous savez en effet, Messieurs, qu'il est des tumeurs qui, constituées par un noyau unique d'un volume variable, ont refoulé de toutes parts la substance osseuse et se sont ainsi creusé une loge exactement limitée de toutes parts. Ce sont là des tumeurs fibreuses enkystées, de celles qu'on parvient, en général, à énucléer facilement. Dupuytren les avait

bien vues, et les a décrites avec soin. Leur tissu offre la plus grande analogie avec celui qui compose les corps fibreux de l'utérus.

Mais on observe des cas où la disposition anatomique est différente. Le tissu fibreux n'a point refoulé l'os; il s'est développé entre ses mailles; il y a entre les deux substances une sorte de pénétration réciproque. C'est bien le tissu fibreux qui constitue la tumeur, mais il est pénétré d'aiguilles osseuses qui s'entre-croisent en tous sens. L'union est intime de part et d'autre, et il faut, pour mettre les portions osseuses à ~~nu~~, râcler

avec force, et souvent avoir recours à une macération prolongée dans l'eau. Vous comprenez aisément que l'énucléation est impossible en pareil cas.

C'est cette dernière variété qui se présente à nous; la mollesse de la partie supérieure, les pointes dures que l'on sent dans son voisinage, la dureté croissante ~~que l'on sent~~ à mesure qu'on avance vers le bord inférieur de l'os, tout concourt à nous le prouver.

Laisserons-nous cette tumeur se développer? Considérant qu'elle ne cause aucune douleur, qu'elle est de nature bénigne, l'abandonnerons-nous à elle-même? Non certaine-

ment. Le début ne remonte qu'à deux ans et demi, et déjà la gêne de la prononciation, celle de la mastication sont assez grandes pour que le malade vienne nous demander secours. Ces sortes de tumeurs ont d'ailleurs une tendance extrême à s'accroître avec rapidité et à acquérir souvent des proportions considérables. J'ai réséqué il y a quelques années la branche gauche et une portion du corps de l'os, à une femme déjà âgée, pour un kyste qui avait débuté à l'angle du maxillaire et avait graduellement envahi la totalité de la branche.

Nous enlèverons donc cette tumeur. S'il était possible de laisser intacte une petite

portion du bord inférieur de l'os, si on pouvait à l'aide de pinces, de tenailles incisives, extirper tout le tissu fibreux, on arriverait au meilleur résultat; le vide se comblerait bientôt, et il n'y aurait pas de difformité sensible; mais outre que les difficultés de l'opération seraient bien plus grandes en agissant ainsi, je ne crois pas que l'on parviendrait à ne laisser aucun germe du mal qui, selon ma pensée, occupe toute la hauteur de l'os, et alors la récidive ne tarderait pas à se manifester.

Pour ces raisons, je crois que la seule chose à faire ici

c'est la résection complète, et dans une étendue correspondant à celle de la tumeur. Je veux vous donner quelques détails sur le procédé opératoire que je vais appliquer devant vous.

Une incision de 5 centimètres sera faite au niveau du mal, le long du bord inférieur de l'os; tous les tissus, peau, tissu cellulaire et bourse, seront divisés du même temps. Je décollerai ou je disséquerai de suite, à l'aide d'une sonde cannelée et du bistouri, la muqueuse de chaque côté de l'os. La sonde cannelée, laissée en place, servira de guide à l'aiguille courbe

qui entrainera la scie à chaine. Les dents répondant aux extrémités de la tumeur auront été préalablement arrachées pour ne pas gêner le jeu des instrumens. L'os étant ainsi divisé, j'essaierai de répéter ce même temps pour l'autre côté de la tumeur. Peut-être rencontrerai-je alors quelques difficultés.

Je me servirais dans ce cas d'une scie à main, en attirant un peu l'os en dehors, ce qui serait facilité par la première section. L'opération sera terminée en coupant complètement en dedans la muqueuse, et en dehors la muqueuse et les muscles qui prennent leur insertion sur le maxillaire.

Plusieurs avantages résultent de cette méthode opératoire. Notre malade sera soumis à l'inhalation du chloroforme; il faut donc autant que possible éviter de laisser couler du sang dans la bouche. Le sang tomberait de suite dans la gorge placée dans une position déclive; il ne pourrait être expulsé et deviendrait ainsi une cause de suffocation imminente. C'est précisément ce qui se serait présenté si nous avions, comme cela se pratique ordinairement, incisé les téguments à partir de la commissure labiale, de manière à former deux lambeaux, un antérieur et un postérieur. Tout au contraire, en opérant comme je

viens de le dire, pas une goutte de sang ne tombera dans la cavité buccale, puisque les incisions de la muqueuse constitueront le dernier temps de l'opération. D'autre part, les incisions faites sur les téguments de la joue laissent toujours des traces désagréables et difficiles à cacher; la commissure labiale est souvent déformée: Notre incision longeant le bord de l'os sera peu visible, et comme nous opérons chez un jeune homme, avant peu d'années d'ici la barbe aura complètement couvert cette légère cicatrice. Enfin je n'ai pas besoin de vous faire remarquer que la réunion d'une plaie linéaire

doit se faire plus facilement que celle de lambeaux mobiles dont les attaches profondes auront été détruites.

Cependant, nous ne pouvons nous dissimuler certains inconvénients inhérents à l'opération; et, quel que soit d'ailleurs le procédé employé, la forme du visage subira nécessairement quelques changements sensibles. La branche droite du maxillaire, entraînée par les muscles moteurs et ne trouvant plus de résistance, se portera en avant et en dedans; la région massétérine sera légèrement déprimée. Pour les mêmes raisons, toute la partie droite restante mue dans la même direction, le

~~méalon~~ menton sera dévié de la ligne médiane et porté à droite et en bas. En même temps les tissus, n'étant plus soutenus par l'os dans une certaine étendue, et pressés par ses deux extrémités coupées, auront de la tendance à faire une saillie plus arrondie que dans l'état normal.

Vous sentez de suite que ce ne sont pas là des obstacles qui doivent nous arrêter. Il faut mettre un terme immédiat au développement de cette tumeur. Nous allons donc l'enlever.

L'opération s'est accomplie sans difficulté sérieuse. Quatre points de suture entortillée ont fermé la plaie. Les

épingles ont été retirées dès le second jour, mais on a laissé les fils en place; l'état général est excellent; pas de fièvre; soif modérée. Le malade est gai, dispos; il demande à se lever et à manger.

La pièce pathologique examinée avec soin est venue confirmer le diagnostic.

Voici ce qu'elle a présenté :

Toute la hauteur de l'os est envahie par la tumeur, qui est constituée par un tissu dur, résistant, blanc, avec quelques points d'une teinte un peu jaune; ce tissu est très-homogène. Les parois osseuses sont fort amincies, surtout en haut, où même elles manquent complétement au sommet

de la tumeur. De leur face interne s'échappent en grand nombre des prolongemens osseux, lamellaires, ou en forme d'aiguilles qui s'entre-~~mêlent~~ croisent et se rencontrent en tous sens. On dirait que la matière fibreuse s'est développée entre les mailles du tissu spongieux qui ont été dilatées, agrandies peu à peu. À mesure qu'on avance vers la partie inférieure, les aiguilles osseuses deviennent plus serrées et plus abondantes. À un centimètre du bord inférieur de l'os, et parallèlement à lui, se trouve une jetée osseuse complète; c'est la paroi supérieure du canal dentaire qui est

rempli par la matière fibreuse.
En cherchant dans l'intérieur
de cette substance, on découvre
le nerf dentaire, qui est com-
primé, effilé en plusieurs points;
et cependant, chose remarquable,
à aucune époque, il n'y a eu
de douleurs névralgiques.

La face libre de l'os du
côté externe offre une particu-
larité digne de remarque: elle
est criblée d'un nombre consi-
dérable de petits trous, qui
témoignent d'une vascularité
beaucoup plus considérable
dans cette partie. Le microscope
n'a démontré dans cette tumeur
que des élémens fibreux pro-
longés plongés dans une matière
colloïde amorphe. Nulle trace

de cellules cancéreuses.

Après un séjour de trois semaines, le jeune malade a quitté l'hôpital, portant encore au niveau de la plaie une petite fistule entretenue par un fil de ligature dont la chute avait été tardive. Un mois après l'opération, toute trace avait disparu.

Du Testicule Syphilitique.

Deux malades entrés dans nos salles à quelques jours de distance nous offrent chacun un bel exemple de l'affection connue sous le nom de Testicule Syphilitique, ou vénérien, d'engorgement syphilitique du Testicule.

Indiquée vaguement par Astruc, décrite avec plus de soin par B. Bell, cette maladie a surtout fixé l'attention d'A. Cooper au commencement de ce siècle.

Dans ses œuvres chirurgicales, cet auteur s'est attaché surtout à

bien faire connaître la cause, le siège, l'altération du testicule syphilitique; et si les huit observations qu'il rapporte à l'appui de sa doctrine ne sont pas toutes concluantes pour un esprit sévère, il n'en faut pas moins reconnaître que le premier il a ouvert la voie que les chirurgiens ont suivie pour élucider cette question.

Depuis cette époque, Mr. A. Bérard, dans une thèse, MM. Ricord, Vidal, Velpeau, se sont occupés, chacun de son côté, du testicule syphilitique.

Cet engorgement vénérien de la glande séminale est loin d'être rare, et nous en voyons tous les ans de nombreux exemples dans les hôpitaux

Cependant quelques auteurs d'un grand mérite, Swédiaur, W. hunter, ne se rappellent pas avoir observé aucun cas de cette espèce dans leur immense pratique.

Dans un mémoire fort bien fait, et que l'on consultera avec fruit, M. de Castelnau a écrit que l'affection syphilitique du testicule était beaucoup plus rare qu'on le croyait généralement. D'après lui, l'orchite chronique aurait été plus d'une fois confondue sous ce nom.

Ainsi, ~~vous~~ vous voyez qu'il existe une grande dissidence entre les auteurs sur le sujet qui va nous occuper.

Mais cette dissidence est plus apparente que réelle,

et je crois qu'il ne serait pas bien difficile de concilier toutes les opinions.

En effet, comme le dit très bien B. Bell, l'opinion que l'on se fait sur le testicule syphilitique est liée en quelque sorte à l'idée que l'on adopte sur la nature du virus vénérien.

Ceux qui ont cru à la nature syphilitique de la blennorrhagie ont trouvé tout naturel que l'engorgement chronique du testicule pût en être la conséquence, et l'ont appelé **orchite chronique**.

Les autres, au contraire, regardant la blennorrhagie et la syphilis comme deux affections tout à fait distinctes, recherchent

avec soin les symptômes syphiliti-
ques antécédents avant de se pronon-
cer sur l'engorgement testiculaire,
et réciproquement les signes ana-
tomiques et séméiotiques, une fois
bien constatés, on peut à coup
sûr chercher des traces de syphilis
antécédente, qui ne peuvent man-
quer de répandre une vive
lumière sur une affection sou-
vent obscure et toujours difficile.

Ces réflexions nous ont
semblé utiles à l'intelligence du
sujet, et maintenant nous pou-
vons entrer en matière.

Le premier de nos malades,
couché au n° 18, est un jeune homme
de 25 ans, d'une très-bonne consti-
tution; il ne porte aucune trace
de scrofules.

Ce jeune homme n'a qu'un testicule dans les bourses, celui du côté droit. Le testicule gauche paraît être resté dans l'abdomen. Nous trouvons dans les antécédents de notre malade plusieurs blennorrhagies qui ont guéri complètement; aucune n'a été suivie ou accompagnée d'épididymite.

Notons encore, il y a plusieurs mois, plusieurs chancres et deux bubons qui ont suppuré, et nous voyons encore sur le gland des cicatrices bien manifestes et sans induration.

Le traitement était mal suivi, comme nous l'apprend le malade; et vers la fin de la même année, le testicule commençait à augmenter

de volume sans que de nouveaux accidents pussent venir expliquer la cause de cette nouvelle manifestation morbide.

Comme les douleurs étaient à peine marquées, la gêne peu considérable et les fonctions nullement dérangées, ce jeune homme n'y attachait qu'une médiocre importance.

Mais depuis quelques mois le volume de la tumeur a notablement augmenté; son poids est devenu plus incommode, et des douleurs s'y font [illegible]

Voici l'état actuel.

Le scrotum se présente sous la forme d'une tumeur du volume du poing, piriforme, ou plutôt quadrilatère, un peu

aplatie d'avant en arrière.

Deux bosselures existent à la surface inférieure, l'une en haut, au dessous de l'anneau, l'autre tout-à-fait en bas. Ces deux bosselures sont séparées par un collet ou étranglement situé à peu près à la partie moyenne de la tumeur.

Elles sont fluctuantes, et semblent communiquer l'une avec l'autre. Ainsi, il est possible qu'une cloison mince interposée entre les deux cavités donne la sensation de fluctuation. Au début il n'y avait que la bosselure supérieure; l'inférieure est d'origine récente. Si l'on vient à les examiner à contre-jour avec une lumière, il

est faible des matières qu'elles sont bien manifestement transparentes.

En déprimant la couche de liquide placée entre les doigts et le testicule, on touche une masse très-dure, très-compacte, divisée en plusieurs segmens en avant et en arrière qui offrent des granulations ou aspérités.

Cette masse, indurée et comme hérissée de petits mamelons saillants du volume d'un petit pois, n'est autre que le testicule lui-même; car on peut s'assurer d'une manière positive qu'elle se continue en haut avec le canal déférent, resté complètement sain; mais il est difficile de séparer nettement le

corps du testicule de l'épididyme, tant la déformation est considérable.

Nous pratiquerons dans quelques jours une ponction exploratrice, et nous pourrons examiner plus commodément la tumeur.

Toutefois, et dès-à-présent, je pense que nous avons affaire ici à une affection syphilitique du testicule (symptômes tertiaires). Cette affection est caractérisée par une augmentation de volume de l'épididyme et du corps du testicule. Malgré le liquide, nous avons constaté un accroissement considérable de l'épididyme. La moitié de cet organe est enchassée dans le corps du testicule (comme un

oeuf dans un coquetier). Le corps du testicule semble donc diminué, mais il présente à-peu-près son volume normal, et à la surface de l'albuginée nous avons pu sentir de petits mamelons chagrinés de volume variable.

Le plus souvent, dans l'état de repos, la partie est presque toujours complètement indolente, et le malade, à raison de cette insensibilité, la touche avec une rudesse qui étonne le chirurgien

Si, la tumeur est un peu douloureuse à la pression, pendant la marche ou tout autre exercice corporel ; mais dans ce deux dernières ~~années~~ circonstances, la principale incommodité dépend de la gêne

mécanique que la tumeur apporte aux mouvements.

Les douleurs, quand elles existent, dépendent presque toujours des tiraillements que la tumeur ~~apporte aux mouvements~~ exerce par son poids. Ces douleurs prennent rarement le caractère qui appartient à certaines autres manifestations syphilitiques, et dans ce cas elles ne se font pas plus sentir la nuit que le jour; mais une légère pression suffit pour les déterminer.

Notre second malade, couché au nº 4, est un jeune homme de trente-deux ans, qui présente les plus grandes analogies avec le précédent.

Comme maladies antécédentes, il faut noter un chancre induré il y a dix mois (pas de blennorrhagie). Le traitement fut incomplet, et, quatre mois après cet accident syphilitique, le testicule commençait à augmenter de volume.

Il entra alors dans un hôpital, où la nature de la maladie fut reconnue, car on lui fit prendre de l'iodure de potassium qui procura une prompte amélioration.

Il quitta l'hôpital sans continuer le traitement, et le mal recommença ses progrès.

Aujourd'hui il vient s'offrir à notre examen dans l'état suivant:

Ce jeune homme est égale-

ment monorchide ; c'est aussi le testicule droit qui est dans le scrotum et malade. Le gauche est retenu à l'anneau, mais flasque, ridé, comme une toute petite noisette ; la tumeur des bourses est piriforme, fluctuante, peu douloureuse, transparente, d'une tension médiocre.

En déprimant les enveloppes de la tumeur, on peut toucher le testicule. Il est dur, bosselé, gros comme un petit oeuf. Une ponction, en vidant le liquide, nous a permis de constater :

1° Une déformation considérable de l'épididyme et du corps du testicule.

Les signes de délimitation entre ces deux organes ne sont

pas bien tranchés.

L'épididyme est à la partie inférieure et interne de la masse morbide.

2° La face postérieure de la tumeur est plus ~~dure~~ dure, plus bosselée, elle est formée par le corps du testicule placé en arrière. Nous ne trouvons pas de traces de travail inflammatoire, ni d'adhérences des enveloppes entre elles.

A l'état de repos, notre malade n'éprouve que peu ou point de douleurs, mais elle s'éveille vite à la moindre pression. Cependant elle n'est jamais bien aiguë et reste plutôt obtuse. Nos malades n'éprouvent aucune exacerbation nocturne. Ce

caractère n'est donc point un symptôme certain de l'affection syphilitique du testicule, comme le pensait A. Cooper; et du reste, quoique cet auteur ait ~~dit~~ émis cette opinion dans plusieurs passages, on n'en retrouvera cependant la preuve dans aucune de ses observations.

Nous ne pouvons donc l'admettre qu'avec une grande réserve.

Pour arriver au diagnostic, deux ordres de signes nous sont utiles :

1. Les antécédents;
2. Les signes anatomiques;

1. Nos deux malades ont eu des chancres; le premier, il y a deux ans à peu-près; le second,

il y a dix mois seulement.

Chez le premier on ne trouve plus de traces de chancres; chez le second on peut encore constater des traces d'induration.

Tous deux ont suivi un traitement incomplet; et c'est à une distance plus ou moins éloignée de l'accident primitif qu'ils ont vu leur testicule augmenter de volume, le premier après un an, le second après cinq mois.

Le gonflement du testicule s'est ~~assez~~ accru lentement, presque sans douleur, sans exacerbation nocturne bien évidente, sans aucun dérangement de la sécrétion spermatique et des fonctions génitales. Le volume seul de la tumeur

causait une certaine incommodité qui se faisait surtout sentir dans la marche, la station prolongée; aussi, l'un et l'autre portaient un suspensoir à leur arrivée à l'hôpital.

2. En ce qui concerne l'examen de la tumeur, vous avez pu tous constater:

1º La forme piriforme, ou plutôt quadrilatère, très-pesante, dure, bosselée, assez indolente, sans changement de couleur à la peau, sans adhérences;

2º Un épanchement de sérosité limpide, transparente, d'une médiocre abondance dans la tunique vaginale, de manière à simuler une hydrocèle.

3º Si l'on déprime avec

le doigt les enveloppes scrotales, et surtout après avoir évacué le liquide par une ponction, nous trouvons la tunique albuginée déformée, criblée de bosselures de volume variable : ici une tête d'épingle, là un petit pois, une amande pourraient en donner l'image assez fidèle.

Ces déformations extérieures à la glande séminale, déjà signalées par A. Cooper, sont produites par un épanchement de lymphe plastique à la surface de la tunique albuginée.

Ce sont des couches pour ainsi dire stratifiées en forme de zones concentriques, souvent assez régulièrement arrondies, quelquefois couvertes d'aspérités

saillantes et, dans certains cas, offrant au toucher une sorte de mobilité trompeuse.

Comme la tunique albuginée du corps du testicule et de l'épididyme présente en même temps ces singulières déformations, il n'y a rien d'étonnant qu'on ait pu confondre certaines formes de l'orchite chronique avec les altérations du testicule syphilitique que nous venons de signaler à votre attention.

Mais les caractères bien différents de ce dernier (s'ils commandent parfois un certain doute) ne permettent guère l'erreur après un examen attentif et des antécédents et de l'état anatomique de l'albuginée,

l'hydrocèle concomitante, des chancres à une époque plus ou moins rapprochée, sont les élémens à l'aide desquels vous pourrez toujours asseoir un diagnostic positif.

Les affections syphilitiques de la peau, du périoste (quand elles existent) vous seront quelquefois d'une grande utilité pour vous donner toute la certitude désirable; mais ces signes manquent bien souvent.

Ainsi A. Cooper ne les a mentionnés que deux fois dans les huit observations de testicule vénérien, et nos deux malades n'offrent point de traces de syphilis du côté de la peau, des muqueuses et du périoste des os.

A nos yeux, les chancres antécédents sont des ~~antéc~~ accidents suffisants pour expliquer l'altération testiculaire que ces malades nous offrent aujourd'hui.

3°. Le cancer, les tubercules de la glande séminale, au début, ont bien certains points de ressemblance; toutefois, il n'est pas impossible d'arriver à la vérité.

Ainsi, dans le cancer, il y a quelquefois une hydrocèle symptomatique peu abondante; mais après la ponction, le testicule, ou du moins la tumeur que l'on trouve à sa place, apparaît avec les caractères de l'encéphaloïde.

4°. Dans l'affection tuberculeuse des testicules, il

n'y a point d'hydrocèle, ou du moins elle est bien rare, car je ne l'ai jamais rencontrée.

Ces bosselures sont plus régulièrement sphériques, se détachent pour ainsi dire de la tunique albuginée, à travers laquelle elles semblent faire hernie; de plus, ces bosselures sont adhérentes au scrotum presque dès leur naissance. Si l'on vient à saisir le scrotum de chaque côté de ces bosselures en essayant de faire un pli, la peau reste immobile au niveau du point adhérent, et le pli se dessine seulement au-dessus et au-dessous.

Il est alors facile de suivre, à la face profonde des téguments,

une sorte de corde saillante qui va s'insérer à la bosselure que l'on examine en ce moment.

Ces caractères ne se trouvent pas dans le testicule vénérien.

Les tubercules se ramollissent assez rapidement et dans le testicule, et quelquefois dans la prostate, le canal déférent qui, comme vous le savez, participe le plus souvent à l'altération de la glande séminale devenue tuberculeuse.

Rien de semblable dans le testicule syphilitique; nous avons donc sous les yeux une affection syphilitique tertiaire consistant dans la déformation de l'albuginée, de l'épididyme

et du corps du testicule. Cette déformation ~~[illegible]~~ a été longuement décrite plus haut; mais, afin de mieux la graver en votre mémoire je la reprendrai tout à l'heure dans un tableau ou parallèle esquissé à grands traits.

Le pronostic de cette affection est favorable, mais il faut du temps.

Trois, quatre mois, un an de traitement sont parfois nécessaires pour obtenir un résultat complet.

Nous commençons par un gramme d'iodure de potassium par jour dans 125 grammes d'eau; les doses doivent être portées assez rapidement à 2, 3, 4.

grammes dans les 24 heures, et encore j'ajoute ordinairement une pilule de 2 centigrammes de proto-iodure de mercure. Régime modéré.

Si l'hydrocèle ne disparaît pas d'elle-même sous l'influence de cet traitement, je fais une ponction, et le liquide ne se reproduit point, ou en si petite quantité qu'on peut le négliger sans inconvénient, car il est bien résorbé.

Maintenant que nous connaissons bien le testicule syphilitique, essayons d'en tracer rapidement les principaux caractères.

Le testicule syphilitique apparaît sous la forme d'une

tumeur de volume variable: il est entouré de liquide (hydrocèle); à travers cette hydrocèle, on peut sentir l'épididyme et le corps du testicule; ils sont indurés, bosselés par places; l'épididyme est comme pelotonné sur lui-même de la tête à la queue; la surface albuginée offre de petites élévations dures, sortes de petites tumeurs décrites plus haut, nées du tissu même de cette membrane enveloppante; elle est épaissie, recouverte de couches ou dépôts stratifiés de lymphe plastique.

Il faut bien se garder de prendre ces petits corps durs pour des ~~testicus~~ tubercules.

Le tubercule se détache

davantage du corps du testicule à travers l'albuginée amincie; elle est épaisse dans le testicule syphilitique.

Les antécédents ont une grande valeur pour éclairer le diagnostic.

Des chancres précèdent le testicule syphilitique; des traces de scrofules peuvent aider à reconnaître le testicule tuberculeux.

Dans le testicule syphilitique parvenu à une certaine période, il y a presque toujours une hydrocèle, c'est la règle commune, et l'absence de l'épanchement doit être considérée comme une exception.

Dans le testicule tuber-

culeux, l'absence du liquide est la règle, et sa présence forme l'exception.

Les tubercules arrivent, plus ou moins vite à la période de ramollissement; alors les tubercules s'isolent, se circonscrivent, la peau devient de plus en plus adhérente à leur niveau; elle s'amincit, se perfore, etc^a...

Dans le testicule syphilitique, les couches plastiques qui composent la tumeur augmentent en se stratifiant (Dépôts stratifiés), ne se ramollissent jamais, vont toujours croissant; la peau est toujours saine, sans adhérences; c'est le contraire pour les tubercules.

Dans le testicule tuber-

culeux, en touchant par le rectum, la prostate, les vésicules séminales offrent aussi le plus souvent des altérations analogues; rien de semblable dans le syphilitique, à moins de complications.

Les deux testicules sont plus fréquemment affectés dans le testicule syphilitique, et le plus souvent un seul est malade d'abord dans le testicule tuberculeux.

Dans le premier (syphilitique), les fonctions génitales conservent toute leur vigueur, la sécrétion du sperme, l'éjaculation sont abondantes.

Dans le second (tuberculeux), ces importantes fonctions lan-

guissent et meurent bientôt avec les progrès de l'évolution tuberculeuse.

Dans le testicule vénérien, l'altération siége dans l'albuginée. Le tubercule naît, se développe et suppure dans le parenchyme même de la glande séminale, qu'il détruit plus ou moins complètement.

L'une de ces affections est curable par l'iodure de potassium et le traitement antisyphilitique, ainsi que l'hydrocèle concomitante.

L'autre, se joue de tous nos moyens et marche sans cesse vers une fâcheuse terminaison.

Toutes deux ont cela de commun, qu'elles suppriment

les malades dans la plénitude des fonctions génitales, c'est-à-dire de 25 à 40 ans.

J'ajouterai, en terminant, qu'on ne pourra nous reprocher d'avoir confondu le testicule syphilitique avec une orchite chronique, car nos deux malades n'ont jamais eu d'épididymite, et cette raison nous semble péremptoire.

Vous avez suivi ces malades, et vous avez pu voir l'heureuse influence du traitement; l'hydrocèle ne s'est point reproduite; les bosselures qui déformaient complètement les testicules se sont effacées peu à peu, et vous avez pu voir une délimi- ~~tation~~ tation bien tranchée s'opérer

pour ainsi dire sous vos yeux, entre le corps de la glande et l'épididyme primitivement confondus ensemble dans la même masse morbide.

Ne perdez pas l'occasion de constater ces résultats, car j'ai toujours vu ces malades quitter l'hôpital avant leur complète guérison et sans qu'il nous fût possible de les y retenir.

Hémorrhagies de la paume de la Main.

Nous avons en ce moment dans notre service un jeune homme qui nous offre l'exemple d'un des accidents pour lesquels les soins du chirurgien sont fréquemment réclamés: c'est une plaie de la paume de la main avec blessure des artères.

Les instrumens de toute nature qu'emploient les individus exerçant des professions manuelles, les machines si puissantes que l'industrie appelle à son secours, les corps durs et tranchants, comme les fragmens de pierre ou de verre, sont autant d'agents vulnérans par lesquels la main,

plus qu'aucune autre partie de notre corps, est sans cesse menacée.

Ces plaies de la paume de la main sont graves à plus d'un titre. les articulations nombreuses du Carpe, des gaînes tendineuses compliquées, des troncs nerveux volumineux, les arcades artérielles superficielle et profonde, puis enfin une aponévrose résistante et tendue qui viendra étrangler les tissus consécutivement enflammés, voila les élémens anatomiques, qui, plusieurs ensemble, ou bien isolément, pourront être atteints, et fournir ainsi des lésions complexes.

C'est seulement sur la blessure des artères que je veux aujourd'hui attirer votre attention

Voici l'histoire succincte de notre blessé : mercredi 24 mars (1852), il aiguisait sur la meule une serfouette, instrument de jardinage composé de deux parties : l'une en forme de fer de lance, l'autre terminée carrément ; c'est cette dernière qu'il tenait à la main au moment où la meule, venant à tourner en contre-sens, butta sur le bec de l'instrument et fit pénétrer dans les chairs un des angles de l'extrémité carrée. La blessure, obliquement dirigée de dehors en dedans et de bas en haut, était irrégulière et anguleuse ; elle occupait la partie supérieure et moyenne de la paume de la main, cependant un peu plus du côté de l'éminence

hypothénar. Le sang continuant de couler, malgré les moyens employés par les personnes présentes, le blessé alla demander du secours au Val-de-Grâce. L'application d'un hémostatique que nous ne connaissons pas et un pansement compressif approprié arrêtèrent l'hémorrhagie.

Cependant, jeudi le sang filtrait à travers les pièces de pansement, qui dut être renouvelé et disposé de manière à établir une compression plus complète au niveau de la plaie. Vendredi, l'hémorrhagie, qui se reproduisait, était combattue par des moyens analogues. Enfin, le blessé, effrayé de la persistance de l'écoulement sanguin, nous a demandé

de l'admettre dans notre service, où il est entré Samedi. On lui a immédiatement appliqué le petit appareil que je vais décrire, et qui offre l'avantage de comprimer à la fois la plaie et les troncs artériels.

Voici comment on le dispose: Deux petites bandes roulées sont appliquées parallèlement à la direction de chacune des artères radiale et cubitale, et maintenues dans leur position par une bandelette de diachylon faisant plusieurs tours. Les bandes, que l'on peut remplacer, si on le juge convenable, par des bouchons de liège ou des rouleaux de diachylon, compriment les artères sur les os correspondants; mais comme leur forme arrondie

et la convexité de l'avant-bras leur permettraient de se déplacer en se rapprochant l'une de l'autre, on place entre elles deux, et par dessus la première bandelette de diachylon un troisième rouleau qui, fixé lui-même par une nouvelle bandelette, augmente la compression et ajoute à la fixité de l'appareil.

Des tampons de charpie et des rondelles d'agaric superposées sont placées au niveau de la plaie; et, pour éviter les mouvemens, la face dorsale de l'avant-bras et de la main repose sur une palette garnie de coton cardé. Les blessés supportent facilement ~~ces~~ ces pansemens qui, quoique n'établissant pas une compression parfaitement rigour

reuse, permet cependant d'attendre et peut même produire de heureux résultats.

Depuis deux jours que cette méthode a été employée pour notre malade, aucun accident n'a reparu, et nous pouvons espérer une guérison prochaine.

Vous le voyez, Messieurs, ces hémorrhagies ont une fâcheuse tendance à la reproduction; aussi le chirurgien devra-t-il se hâter d'agir et de leur opposer des moyens curatifs énergiques.

Quels seront ces moyens? le plus sûr de tous et le meilleur, c'est la ligature aux deux bouts du vaisseau divisé. Chaque fois que cette méthode pourra être employée, elle sera couronnée

d'un succès complet. Mais vous observerez des cas où la profondeur des artères et leur nombre rendront la ligature impossible, c'est alors que vous aurez recours à la compression exercée, comme je vous le disais plus haut, sur les troncs artériels et au niveau de la plaie. Vous pourrez souvent vous en tenir là et voir les ℔ blessés guérir sans accidents nouveaux. Malheureusement les choses ne se passeront pas toujours ainsi : Deux jours, trois jours, ou plus, après l'accident, vous serez appelés à combattre de ces hémorrhagies consécutives si graves, qui par leur persistance épuisent, affaiblissent les malades et les exposent aux dangers

les plus ~~graves~~ sérieux. Vous devez songer à lutter contre le mal par des moyens prompts et efficaces. Faudra-t-il aller au fond d'une plaie en suppuration à la recherche des vaisseaux blessés, ou bien, renonçant à cette pratique, devra-t-on appliquer loin de la plaie des ligatures sur les troncs artériels d'après la méthode d'Anel ?

Dupuytren, se fondant sur la friabilité et le peu de résistance des vaisseaux baignés par la suppuration, craignait d'appliquer dans la plaie des ligatures qui, dans sa croyance, devaient tomber avant l'organisation du caillot et laisser l'hémorrhagie se reproduire. Il était donc conduit à suivre la méthode d'Anel. La

Plusieurs des chirurgiens de nos jours ont adopté cette doctrine; mais ils ont vu que, soit à cause de la multiplicité des branches anastomotiques, soit en vertu de dispositions anormales si fréquentes à la partie inférieure de l'avant-bras, la ligature d'un seul des deux troncs artériels était souvent insuffisante et laissait revenir le sang. La ligature simultanée de la radiale et de la cubitale fut donc proposée; Aug. Bérard l'a pratiquée et considérait cette méthode comme devant être appliquée dans tous les cas de blessure avec hémorrhagie à la paume de la main. Ce n'est pas encore là un moyen infaillible: il y a eu des insuccès:

on a dû chercher à mettre un obstacle plus complet au cours du sang ; on en est venu à lier l'artère humérale et même l'axillaire, ainsi que l'a fait Mr. Robert pour une blessure semblable à celle qui nous occupe. Mais ce n'est pas une opération légère et sans importance que la ligature du ~~tronc~~ principal du membre supérieur ; on l'a vue produire des accidents formidables ; les tissus se sont ~~gag~~ gangrenés dans une étendue variable, et l'amputation est devenue une ressource extrême pour sauver la vie des malades.

En présence de moyens aussi peu efficaces et de résultats aussi graves, j'ai conçu quelques

doutes sur la doctrine de Dupuytren, et je me suis demandé si la ligature au fond de la plaie n'était pas préférable au procédé d'Anel. Quelques faits que j'avais observés me disposaient à pencher pour l'affirmative. Je ne veux vous citer que les deux suivants qui sont fort remarquables:

1° Il y a quatre ans environ, M. Robert avait enlevé à un étudiant en médecine, aujourd'hui interne des hôpitaux, un ganglion volumineux dans le creux de l'aisselle. Au bout de quelques jours une hémorrhagie consécutive abondante se déclara à cinq ou six heures du soir; on vient me chercher; j'étais

absent : ce n'est qu'au bout de ~~que~~ plusieurs heures que je pus être prévenu. J'arrivai à onze heures près du malade. Quoique ses amis se fussent relayés pour comprimer la sous-clavière, ils n'avaient pu, à cause de leur fatigue et de la difficulté de la compression, l'empêcher de subir des pertes de sang si considérables qu'il était ~~...~~ exsangue au moment où je le vis. Il n'y avait pas de temps à perdre ; il fallait arrêter de suite et pour toujours cette hémorrhagie, ou voir succomber le malade. Enlever les caillots de sang qui obstruaient la plaie, rechercher le vaisseau saignant, lui appliquer une ligature, fut l'affaire de quelques

instans. Cette pratique obtint le plus heureux succès. La chute de la ligature au bout de quelques jours ne fut la source d'aucun écoulement, et la maladie marcha rapidement vers une guérison désormais assurée;

2° Un jeune homme, garçon épicier, fait une chute; il étend les bras en avant, et se blesse à la paume de la main sur des tessons de bouteilles. Un pansement simple fait sur le champ arrête le sang. Au bout de 24 heures une première hémorrhagie a lieu, la compression la réprime assez facilement; mais elle se reproduit plus abondante trois jours après. Je n'hésitai pas à débrider cette plaie irrégulière et contuse, à ~~rechercher~~ rechercher

avec soin, et en promenant mes doigts sur toute la surface de la blessure, la situation du vaisseau divisé, que je liai dès que je pus le voir. Le résultat fut aussi favorable que dans le cas précédent; la ligature tomba sans accident, et la cicatrisation ne se fit pas attendre.

Voilà donc deux faits cliniques qui nous prouvent que cette ligature faite au fond des plaies en suppuration n'est pas aussi dangereuse que le pensait Dupuytren.

Si nous pouvons établir d'une manière nette que, d'une part cette méthode est non seulement sans danger, mais efficace; que, d'autre part, le

procédé d'Anel agit d'une manière incertaine et infidèle, la difficulté sera tranchée.

Nous allons donc examiner les deux questions suivantes :

1° Quels résultats fournissent les expériences sur les animaux vivants ou sur le cadavre humain ?

2° Quel est le mode d'action de la ligature par le procédé d'Anel dans les cas analogues à celui qui nous occupe ?

Pour élucider le premier point, j'ai entrepris sur les animaux des expériences instituées de la manière suivante : Sur un chien adulte je mettais à nu, par une large incision, la carotide primitive ; la plaie était

remplie de bourdonnets de charpie sèche. Au bout de quelques jours, lorsque la suppuration était bien établie, je passais un fil sous l'artère, et je la liais.

Jamais je n'ai observé d'hémorrhagie à la chute de la ligature; les caillots étaient organisés et opposaient un obstacle suffisant au cours du sang; mais on ne saurait assimiler les animaux à l'homme, et quoique ces expériences nous donnent de fortes présomptions, j'ai voulu faire quelques recherches sur le cadavre humain. Sur des moignons d'amputés de la cuisse, par exemple, morts au bout de ~~15 jours~~ 15 à 20 jours, c'est-à-dire lorsque la plaie suppure abondam-

ment, j'ai lié des artères de divers calibres, et j'ai vu que, quoique la ligature fût fortement serrée, les tuniques externes résistaient parfaitement.

Ces expériences m'ont porté à rejeter complètement la doctrine de Dupuytren sur la secabilité des artères baignées par le pus, et je me suis cru autorisé à conclure de tous ces faits que, bien que des ligatures faites dans les circonstances indiquées tombent plus vite que celles que l'on place sur des artères saines (dans l'espace de six à huit jours), elles ne tombent cependant pas prématurément, c'est-à-dire avant l'organisation du caillot.

Voyons donc maintenant

comment agit la ligature à distance, et si elle répond à toutes les exigences du traitement. Je suppose, Messieurs, qu'une artère vienne d'être coupée au fond d'une plaie; elle se retracte dans sa gaîne celluleuse, et c'est du fond de cette gaine que s'échappe le sang. L'hémorrhagie continuant, vous employez la méthode d'Anel; que va-t-il arriver? Ce n'est pas par l'organisation d'un caillot au bout béant que vous espérez oblitérer le vaisseau, puisque vous avez mis obstacle à l'arrivée du sang jusqu'à ce point.

C'est précisément par cette interruption que vous cherchez à amener la cicatrisation de cette sorte de trajet fistuleux pourvu

se fait l'hémorrhagie. Mais cette cicatrisation ne se fait pas si facilement et si vite, que dans bien des cas la circulation collatérale n'ait auparavant ramené le sang, qui alors va battre contre la membrane pyogénique, membrane qui résiste faiblement et qui va livrer un nouveau passage à l'écoulement sanguin.

C'est là la cause de ces hémorrhagies rebelles dont je vous parlais au commencement de cette leçon; c'est là ce qui a conduit les chirurgiens à porter des ligatures sur des artères de plus en plus rapprochées du tronc; remède impuissant qui ne leur permettait pas de se rendre maîtres des accidents.

Cependant il est des circonstances où le procédé d'Anel n'est pas suivi d'un aussi fâcheux résultat. On en comprend aisément la raison; c'est qu'alors le cours du sang a pu être interrompu pendant un temps assez long pour que les bourgeons sanguins qui s'élèvent du fond de la plaie aient pu venir former un opercule assez résistant à la lumière du vaisseau dont l'extrémité se trouve ainsi comprise dans la cicatrice qui se forme.

L'emploi de ce procédé thérapeutique vous exposerait donc au moins à de grandes incertitudes sur son résultat et peut-être à des accidents dont

vous ne pourriez triompher.

Il résulte de cette discussion que la ligature au fond d'une plaie en ~~cicatrisation~~ suppuration n'entraîne pas d'accidents, que les ligatures ne tombent pas prématurément ; que, d'autre part, la méthode d'Anel est dans tous les cas infidèle, souvent insuffisante et même dangereuse.

En résumé, Messieurs, voici dans quel ordre je range les moyens qui sont à la disposition du chirurgien en semblable circonstance :

En première ligne, la ligature dans la plaie ; ensuite, si le sang vient de plusieurs sources, si les vaisseaux sont trop profonds, la compression appliquée sur la plaie et sur les grosses artères ; si cela

ne suffit pas, ne craignez point de porter le cautère actuel sur les points saignants. On arrête souvent l'hémorrhagie en agissant ainsi, et avec un peu de précautions on peut éviter toute mutilation grave.

Sur un garde-mobile qui avait reçu un coup de couteau ayant pénétré profondément dans la paume de la main et blessé l'arcade palmaire profonde, je me souviens d'avoir arrêté l'hémorrhagie en touchant avec le fer rouge tous les points qui laissaient couler du sang. J'avais eu soin de faire bien relever les tendons fléchisseurs; le blessé guérit sans aucune difformité.

Ce ne sera donc qu'à la dernière extrémité et quand

vous aurez échoué par tous les moyens qui précèdent que vous aurez recours à la méthode d'Anel. Ferez-vous des ligatures le plus près possible de la plaie, comme le veulent quelques chirurgiens, ou bien vous rapprocherez-vous du tronc, d'après le conseil de M. Robert? Il est impossible de poser des préceptes généraux à cet égard. Le chirurgien devra guider sa conduite sur la nature de la région à laquelle il aura affaire.

Des amputations partielles du pied.

Un enfant de seize ans est entré le 9 mars 1852 pour une affection des os du pied.

Ce petit malade nous est envoyé de Troyes, sa ville natale, où l'on rencontre, comme vous le savez, beaucoup de familles scrofuleuses.

Chez lui, la diathèse scrofuleuse a couvert de cicatrices presque toute la surface de son corps.

Elles sont placées en grand nombre au cou, à l'aisselle, à l'aîne, sur les côtes, au jarret, sur la face

dorsale du corps, en un mot, c'est pour ainsi dire un type des stigmates indélébiles que peut laisser à la suite l'affection strumeuse.

Aussi la constitution de cet enfant est-elle restée faible et chétive.

Les nombreux abcès dont nous voyons seulement aujourd'hui les traces (cicatrices multiples) se sont développés successivement depuis son enfance. Ils suppuraient longtemps; puis on les voyait se fermer lentement, quand d'autres apparaissaient dans des points plus ou moins rapprochés.

Un seul restait fistuleux

au niveau de la surface externe du calcanéum du pied gauche, lorsqu'il y a deux mois un changement notable s'est opéré.

A cette époque, un gonflement considérable avec empâtement douloureux envahit et le trajet fistuleux au niveau du calcanéum et, simultanément, la plus grande partie du dos du pied.

En même temps, de nouveaux abcès se formèrent sur ces différents points, et nous pouvons aujourd'hui constater les altérations suivantes:

Tuméfaction uniforme depuis le dos du pied, le talon, jusqu'au cinquième

métatarsien. On reconnait qu'il y a là une déformation profonde.

Sur le côté interne, les téguments sont sains, sans rougeur ni oedème.

L'articulation tibio-tarsienne nous parait aussi en bon état. Mais sur le tarse et le métatarse nous trouvons plusieurs trajets fistuleux; la peau est amincie, bleuâtre.

Au niveau de la sortie externe du calcanéum, le stylet, en pénétrant au fond du trajet fistuleux, donne la sensation d'une multitude de petites fractures.

Ce sont des lamelles osseuses nécrosées qui se brisent à la moindre pression.

Nous avons donc ici sous les yeux une nécrose du calcanéum.

Plusieurs questions se présentent :

Est-il convenable, chez un sujet scrofuleux au plus haut degré, de songer à une opération ?

On peut craindre, en effet, que les organes intérieurs ne permettent point de la pratiquer.

Nous avons donc dû procéder à un examen scrupuleux de la poitrine, et nous n'avons trouvé ni

toux, ni rhumes habituels, ni hémoptysie, tous signes négatifs.

Je n'ai pas osé aborder les antécédents de famille, car on fait naître ainsi des craintes fâcheuses chez les malades intelligents.

Ici la respiration est parfaite; le murmure vésiculaire, normal, puéril. Même durée de l'inspiration et de l'expiration: aucune rudesse pathologique dans le timbre ou l'intensité indiquant un commencement de tuberculisation pulmonaire.

Sachez bien, messieurs, que la diathèse scrofuleuse finit par s'épuiser de quinze à vingt ans.

De cet examen, nous pouvons conclure que l'état des poumons ne met point obstacle au traitement

qui seul ~~nous~~ nous semble applicable ici, et ce traitement réside dans la médecine opératoire.

Maintenant, Messieurs, nous devons discuter l'opération qui sera la plus convenable, car elle doit dépendre des altérations que le pied nous a présentées.

Le calcanéum me paraît frappé de nécrose : cette portion nécrosée nous semble placée au centre spongieux de l'os, et on ne peut l'atteindre qu'à travers un pertuis des parties molles et de la lame osseuse compacte qui la recouvre.

Dans quelle étendue le calcanéum est-il malade ? Quelles sont les limites de la nécrose ?

Deux questions que nous ne pouvons résoudre.

Nous avons une opération à pratiquer.

Quelle est cette opération ?

On pourrait :

1° agir directement sur le calcanéum, le réséquer, le ruginer ;

2° Pratiquer l'amputation sus-malléolaire ;

3° L'amputation tibio-tarsienne ;

4° L'amputation sous-astragalienne.

1° La térébration du calcanéum est certainement praticable ; mais quelle est sa valeur et quels résultats peut-elle nous donner ?

Dans cette opération, une incision cruciale met à nu la partie d'os malade, et nous ne savons pas son étendue, ses limites ; peut-être le séquestre occupe-t-il une grande partie du calcanéum ; il se rapproche

peut-être de l'articulation calcanéo-astragalienne, que l'on pourrait ouvrir.

En creusant ainsi le calcanéum, on agit au fond d'une plaie profonde, anfractueuse, saignante; le sang, qu'on ne peut enlever qu'imparfaitement, gêne toujours beaucoup; on ne voit pas bien ce que l'on fait: quelques séquestres seulement sont enlevés, les autres restent, et des fistules persistent indéfiniment.

J'ai toujours présente à la mémoire une jeune fille à qui j'ai pratiqué plusieurs fois cette opération pour une maladie analogue, et malheureusement avec le résultat dont je vous parlais à l'instant.

Des trajets fistuleux ont persisté pendant des années; la malade, ennuyée, a fini par quitter l'hôpital, et nous l'avons perdue de vue malgré le vif intérêt qu'elle nous présentait.

Pour ces raisons, j'éloigne donc tout d'abord la térébration du calcanéum.

2° L'amputation sus-malléolaire est bien praticable dans ce cas; mais pour marcher, il faut un appareil coûteux, sujet à se déranger. En outre, le moignon ne présente qu'un mauvais point d'appui, et il faut en chercher un plus solide mais plus incommode, sur l'ischion et la partie supérieure de la jambe.

3º J'arrive ~~au~~ à l'amputation tibio-tarsienne, préconisée par Brasdor, et presque aussitôt oubliée.

Il faut arriver jusqu'en 1825, époque à laquelle Mr. Syme, de Dublin, la remit en honneur. Le procédé qu'il décrivit modifia le manuel opératoire. Voici en quoi il consistait :

1º Faire en même temps la résection des malléoles ;

2º Conserver la peau épaisse du talon pour l'appliquer sur les surfaces saignantes et en former le moignon.

Cette modification était bien certainement à la fois ingénieuse et utile ; mais en réséquant ainsi les malléoles, on

fait perdre au membre plusieurs centimètres de longueur; et de plus, la section de la scie offre à nu, au milieu de cette plaie qui va s'enflammer, les surfaces spongieuses du tibia et du péroné, nouvelle source d'accidents qui peuvent survenir; car vous savez que les surfaces osseuses mises à nu sont une cause fréquente d'infection purulente. Aussi, pour éviter de scier les malléoles, et échapper aux ~~...~~ ~~...~~ accidents qui en sont la conséquence, un chirurgien de nos jours, Mr. de Tignerolles, a-t-il pensé à laisser l'astragale dans la mortaise tibio-tarsienne.

L'application des parties molles se fait bien mieux ~~...~~.

sur l'astragale resté en place, et des accidents de plusieurs sortes peuvent ainsi être évités.

Cette opération, qui a déjà été pratiquée un certain nombre de fois (24 fois, Syme, Velpeau, J. Roux de Toulon, Robert), semble promettre de bons résultats pour l'avenir. Jusqu'ici, on compte un succès sur huit opérations.

4° Reste, en dernier lieu, l'amputation sous-astragalienne, déjà pratiquée trois fois (Mr. Robert deux fois, Mr. Maisonneuve une fois); en tout, trois succès. C'est donc une bonne opération.

Examinons le manuel opératoire:

Il faut ménager les lambeaux suffisans; or, c'est le talon qui

doit nous les fournir. Nous avons à choisir entre quatre procédés, qui ne sont autres que ceux de l'amputation tibio-tarsienne. Un mot seulement sur chacun d'eux :

1° procédé de Mr Baudens. Un seul lambeau dorsal figuré en forme de guêtre. On désarticule et on résèque les malléoles ;

2° Mr Syme fait deux lambeaux ; un plantaire, plus grand ; un dorsal, plus petit ; puis les deux lambeaux sont disséqués jusques vis-à-vis de l'articulation.

On dissèque avec soin le lambeau postérieur pour ne pas trop l'amincir ; on prend garde de diviser l'artère tibiale

postérieure ; car la blessure de ce vaisseau amènerait la gangrène du lambeau.

Cette dissection est longue, difficile ; l'articulation est mise à nu en avant sur les côtés ; on l'ouvre et on termine en coupant le tendon d'Achille.

3° M. Sédillot fait deux lambeaux latéraux qui partent de la partie moyenne antérieure de l'articulation tibio-tarsienne. Ce sont deux sortes de valves partant des malléoles. Mais la cicatrice est plantaire et se trouve exposée aux déchirures dans la marche, etc.

4° Mr Jules Roux (de Toulon) pratique ainsi cette opération :

La première incision commence

à la partie la plus reculée de la face externe du calcanéum, passe sous la malléole externe, décrit une courbe à convexité antérieure sur le dos du pied, et se termine à quelques millimètres au-devant de la malléole interne.

La deuxième incision (?) part de ce point, gagne le bord interne du pied, puis la face plantaire, et vient se terminer au point de départ.

Le procédé que je suivrai sera peu différent de ce dernier:

1º Une incision partie du milieu de l'espace qui sépare la malléole externe du tendon d'achille passera en arrière du cinquième métatarsien, coupera

transversalement la plante du pied pour se relever en avant du scaphoïde; de là elle remonte sur le dos du pied en formant un petit lambeau à concavité antérieure, passe, en décrivant une courbe, sous la malléole externe et rejoint son point de départ.

2º La dissection du calcanéum est le temps difficile de l'opération.

3º Il faut éviter, dans la dissection des parties profondes, l'artère tibiale postérieure, qui doit alimenter le lambeau.

Cette opération, difficile sur le cadavre, est plus difficile encore sur le vivant. En effet, une ostéite plastique peut avoir développé des plaques osseuses,

des stalactites qui gênent la marche du coteau. Les os défor-més par l'inflammation, les sé-crétions périostales sont encore des obstacles qui peuvent se ren-contrer ici.

Il s'agit d'une inflammation ancienne, qui date de onze ans. Peut-être trouverons-nous une ankylose entre l'astragale et le calcanéum.

Si elle est fibreuse, nous la couperons avec le bistouri.

Si elle est osseuse, un trait de scie devra séparer les deux os.

Le 16 mars 1872, l'ampu-tation fut pratiquée par le procédé indiqué tout-à-l'heure, et un bistouri un peu fort fut

commencer et achever l'opération. Des bandelettes de diachylon assurèrent la réunion du lambeau; un peu de charpie, des compresses et une bande complètent l'appareil. Le malade est reporté à son lit.

Anatomie pathologique. — Ce que M. le professeur Nélaton avait prévu se trouve démontré par la dissection: le calcanéum présente:

1° une portion nécrosée à son centre, de la grosseur d'une amande.

2° Ce séquestre est noirâtre, spongieux; il est entouré d'une membrane, ou kyste enveloppant.

Une couronne de trépan n'aurait pu enlever complètement le mal, car la lésion se

trouve immédiatement derrière la gaîne des péroniers latéraux.

Or, pour s'éloigner de cette gaîne, il aurait fallu trépaner dans un point qui n'aurait touché la fistule que par un de ses bords, et l'on ne serait pas tombé au centre du séquestre adhérent. Toutes les parties mortifiées n'auraient donc point été enlevées; de là, une suppuration interminable. Mieux valait donc enlever le calcanéum.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses.

La réunion immédiate du lambeau a eu lieu dans presque toute son étendue; le petit malade a eu à peine la fièvre,

et aujourd'hui, 27e jour de l'opération, il ne reste plus que deux petits points fistuleux, et nous pouvons le considérer comme guéri.

Le résultat définitif est réellement très-favorable. On a le coussinet graisseux du talon pour soutenir le poids du corps; une bottine légère avec un talon un peu élevé suffira pour marcher. C'est là un bénéfice incontestable.

Le malade de M. Maisonneuve courait, sautait; le nôtre marchera également bien. Cette opération n'est donc pas plus dangereuse que l'amputation sus-malléolaire; elle est beaucoup plus favorable pour la marche; car les malades n'ont pas besoin d'un appareil compliqué: un simple soulier peut

suffire. Quant à la guérison, elle n'est pas plus longue que dans une autre opération.

En ce qui concerne quelques accidents propres aux opérations partielles du pied, par exemple :

1° la gangrène du lambeau ;

2° la stagnation du pus ;

3° les fusées purulentes dans la gaîne des tendons ;

nous ne les avions point observées ici, comme on a pu le voir, non plus que dans plusieurs autres opérations analogues que j'ai eu occasion de pratiquer.

On trouvera dans les deux opérations qui suivent la démonstration des propositions précédentes et une preuve de plus en faveur de la supériorité des

amputations partielles du pied sur la désarticulation tibio-tarsienne, l'amputation sus-malléolaire.

Ces deux ~~opérations~~ observations ont été recueillies par M.r Ériquet, en 1845, dans le service de M. Nélaton:

Première observation:

Carie partielle du pied gauche — amputation de Chopart — guérison sans tendance du talon à se renverser en arrière:

Le 30 juillet 1845 est entré à la Clinique chirurgicale de l'hôtel-Dieu le nommé Sannois (Jean-Baptiste) charpentier, âgé de 25 ans.

Il offre un trajet fistuleux à la partie postérieure interne

du premier métatarsien gauche.

Aucune affection de ce genre n'existe dans sa famille; son père, déjà fort avancé en âge, est mort victime d'un accident; sa mère jouit encore d'une parfaite santé, et ses quatre frères ainés sont doués d'une vigueur peu commune.

Sannois est loin d'offrir une aussi brillante constitution: d'une taille moyenne, il a des membres grêles; la peau qui les recouvre, fine et blanche offre une certaine mollesse au toucher.

Des yeux noirs, des cils fort longs, une physionomie expressive, annoncent quelques uns des attributs de la cachexie.

scrofuleuse.

Cependant il affirme n'avoir jamais eu de maladie grave jusqu'à cette époque. Moins fort que ses frères, il s'est toujours aussi bien porté qu'eux. Il ne tousse point, et l'examen de la poitrine ne fait reconnaître aucune trace de tubercules.

Le 13 Juillet dernier, à la suite d'un travail pénible continué pendant deux jours sans repos aucun, Sannois éprouva une légère douleur le long du bord interne du pied gauche; il n'y fit pas attention, pensant qu'elle était due à l'étroitesse de sa chaussure.

Le mal augmenta; un gonflement assez rapide survint

à la partie postérieure et interne du premier métatarsien et envahit bientôt la région dorsale du pied.

Sannois raconte lui-même que cette partie était douloureuse, enflammée, et que par intervalles il y sentait des battemens; une abcès s'était formé.

Obligé de suspendre ses travaux, le malade entra à la clinique chirurgicale de la Charité.

Une amélioration assez prompte, mais de courte durée, suivit l'ouverture de l'abcès. La tuméfaction persista toujours, et un trajet fistuleux fournissant à peine quelques gouttes de pus s'établit sur le point

culminant de la plaie.

Croyant se rétablir plus vite chez lui, le malade se hâta de quitter la Charité d'où il sortit le 27 Juillet.

Mais à peine eût-il essayé quelques pas, que des douleurs plus violentes se firent sentir. Un nouveau gonflement survint et se répandit sur toute la surface dorsale du pied.

Les cataplasmes appliqués pendant trois jours n'amenèrent point de guérison, et le 30 Juillet jour de son entrée à l'hôtel-Dieu, le pied présentait l'état suivant:

1º Tuméfaction générale occupant toute la région dorsale;

2º à la partie interne

et postérieure du premier (
métatarsien, trajet fistuleux
étroit et fournissant à peine
quelques gouttes d'un pus séreux;

3° les mouvemens imprimés au premier métatarsien sont douloureux et font percevoir une crépitation fine;

4° le stylet, introduit sur la fistule jusqu'aux os, donne la sensation de plusieurs lamelles qui se brisent.

A ces signes, il était facile de reconnaître une carie de l'extrémité postérieure du premier métatarsien et de son cunéiforme. On continue les cataplasmes, et trois jours après, un nouvel abcès apparaît entre les deux premiers

métatarsiens.

Une ponction avec le bistouri donne issue à une petite quantité d'un pus mal lié, floconneux.

Traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes, cataplasmes, des plumasseaux enduits de cérat, tels furent les moyens mis en usage depuis le 2 août jusqu'au 24 septembre sans obtenir aucune amélioration.

A cette époque, la suppuration devint plus abondante; la tuméfaction et les douleurs revêtirent une forme plus aiguë. A la région dorsale, au niveau du cunéiforme, la peau devenait plus mince,

et prenait une teinte rougeâtre très-manifeste.

Encore quelques semaines, et de nouveaux abcès allaient peut-être compromettre la partie du pied jusqu'alors restée saine. Le malade, après quelques jours d'hésitation, accepta l'opération qu'on lui proposait.

Le 25 octobre, monsieur Nélaton désarticula le pied par la méthode de Chopart.

L'opération est exécutée avec rapidité et précision; quelques bandelettes amènent la réunion immédiate du lambeau plantaire; un plumasseau, des compresses et une bande complètent l'appareil; le malade est reporté à son lit, et la jambe

est placée dans une demi-flexion sur le côté interne.

Caractères anatomiques — L'examen du pied montra une carie des deux premiers métatarsiens gauches et des cunéiformes correspondants. Pas de ramollissement sensible dans les os adjacents.

Chaque jour les pansemens furent renouvelés avec soin. La réunion se fit en grande partie par première intension, et le malade eut à peine la fièvre pendant les cinq premiers jours.

Le dix-huitième jour, il restait à peine quelques

points non cicatrisés sur les bords, lorsqu'en pressant la face plantaire du lambeau un peu de pus sortit en jet.

Une légère compression fut exercée, et depuis il ne s'est manifesté rien de semblable.

La portion du pied restante offrait sa rectitude habituelle et ne paraissait avoir aucune tendance au renversement en arrière.

Aujourd'hui, 28e jour, deux petits points seulement, larges comme une tête d'épingle, ne sont pas encore cicatrisés. L'un se trouve sur le bord interne, l'autre sur le bord externe du lambeau. On

ceste, ils ne fournissent pas de pus.
L'état général du malade est fort bon, et pendant son séjour à l'hôpital il a encore recouvré un certain degré d'embonpoint.

Deuxième observation :

Carie partielle du pied gauche - Amputation de Lisfranc - Guérison :

Le 24 août 1845, est entré à la Clinique chirurgicale de l'hôtel-Dieu Leblond (Charles), jardinier, âgé de dix-neuf ans.

Ce jeune homme présente un trajet fistuleux au niveau de la première phalange du gros

orteil avec le métatarsien correspondant ; l'extrémité de l'index aurait pu mesurer la largeur de la plaie. Un gonflement assez considérable survint.

Incapable de continuer ses travaux, le malade s'alita et appliqua des cataplasmes sur la partie douloureuse. Le quatrième jour, la plaie est presque complètement fermée. Toutefois, la tuméfaction n'avait point disparu ; elle augmenta même peu à peu, et un abcès s'étant formé autour de la plaie non cicatrisée, Leblond n'en continua pas moins ses occupations habituelles, suspendues pendant quelques jours seulement.

Quatre mois de souffrances le décidèrent enfin à entrer à

l'hôpital de Versailles, lieu de sa résidence.

Des bains, des cataplasmes, le repos au lit, des pilules dont il ignore la composition, tels furent les moyens de traitement mis en usage.

La suppuration devint un peu moins abondante, et quelques parcelles d'os de la grosseur d'une tête d'épingle se détachaient de temps en temps.

Ennuyé de son séjour à l'hôpital, qui se prolongeait depuis quinze mois sans aucune amélioration, le malade sortit et vint à Saint-Antoine.

L'amputation, qu'on lui proposa, fut refusée. Il s'en alla à Beaujon, à Saint-Louis, puis

à Versailles. Et enfin le 24 août 1845, jour de son entrée à l'hôtel-Dieu, il présentait l'état suivant :

1° Tuméfaction assez considérable des parties molles, depuis le 1er et le 2e orteil jusqu'aux 2e et 3e métatarsiens.

2° Au niveau de l'articulation de la première phalange du pouce avec le métatarsien correspondant, un trajet fistuleux à bords minces et décollés.

3° Un second trajet fistuleux au niveau de la tête des deux métatarsiens.

4° Les mouvements imprimés aux 1ère et 2e phalanges provoquent une vive douleur et laissent percevoir une crépitation bien manifeste.

5° Le stylet, en pénétrant, donne la sensation d'une multitude de petites fractures.

Diagnostic — Il était évident qu'on avait affaire à une carie des extrémités articulaires de la première phalange et de son métatarsien, de la deuxième phalange également.

Pronostic : — La durée de la maladie ne permettant plus d'espérer une terminaison heureuse, l'amputation tarso-métatarsienne fut pratiquée le 19 septembre par Mr. Nélaton, remplaçant Mr. Roux par intérim. L'opération fut simple. La portion saillante du premier cunéiforme fut retranchée par le simple bistouri avec une étonnante facilité. Quelques bandelettes de diachylon assurent la

réunion immédiate du lambeau plantaire. Un peu de charpie, quelques compresses, une bande complètent l'appareil.

L'examen anatomique du pied vint confirmer le diagnostic. L'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil et le métatarsien correspondant étaient cariés, les cartilages articulaires complètement détruits. La première phalange du second orteil offrait déjà un commencement d'altération analogue ; de plus, les os voisins présentaient un degré assez avancé de ramollissement.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses ; le malade eut à peine de la fièvre. Le lendemain de l'opération, à la base des

l'appareil, le lambeau, tout humide de lymphe plastique, s'agglutinait déjà; les jours suivants, la réunion fut de plus en plus manifeste. Il y eut seulement un peu de suppuration sur les bords postérieurs de la plaie; mais un liseré blanc amena bientôt la cicatrice, et le 12 octobre, 23ème jour de l'opération, le malade est entièrement guéri.

Diagnostic et parallèle des tumeurs du sein.

Cancers.

Messieurs, plusieurs malades atteintes de tumeurs du sein se trouvent en ce moment dans nos salles, et cette circonstance me permet de m'entretenir avec vous aujourd'hui sur ce sujet.

Bien que les affections du sein aient été depuis à peu près un demi-siècle l'objet de recherches actives et de travaux importans (et en première ligne il faut citer ceux de Astley, Cooper et de M. Velpeau), leur étude n'en est pas moins pour celui

restée difficile, et ces difficultés qui se rencontrent si souvent dans la pratique, doivent être signalées à votre attention.

La première de nos malades est une femme couchée au n.° 1, elle est âgée de 53 ans, peu intelligente, et nous ne pouvons obtenir aucun renseignement positif sur le début de sa maladie, les circonstances qui l'ont accompagnée, etc.... La douleur était à peine marquée; aussi n'a-t-elle jamais pris soin de l'examiner avec attention.

Puisque les antécédents nous font complètement défaut, passons à l'inspection directe.

Voici ce que le sein droit

nous permet de constater en ce moment. Tout le sein est déformé par un certain nombre de tumeurs et dépressions placées vers le bord inférieur du grand pectoral. En cet endroit le tissu de la peau offre des altérations diverses:

1º Ici les téguments ~~offrent~~ présentent des indurations isolées et bien manifestes;

2º Un peu plus loin, ils sont transformés en une plaque violacée, coriace, d'une dureté ligneuse;

3º Çà et là nous trouvons en outre des ulcérations plus ou moins larges, plus ou moins profondes; leurs bords sont déchiquetés et grisâtres,

leur fond est couvert de tissu fétide.

Les plaques coriaces et ligneuses dont nous venons de parler sont irrégulières. Incrustées dans le tissu de la peau dont elles font partie, elles auraient des prolongemens dans la rainure qui sépare le sein de la poitrine. Nous trouvons en outre des ganglions en chapelet dans l'aisselle, sous forme de corde allongée. On en rencontre aussi dans le creux sous-claviculaire.

Rien ne semble facile, au premier abord, comme de déterminer si une malade porte ou non des ganglions axillaires, et la solution de cette question est importante

pour le pronostic de certaines tumeurs du sein. Cependant il existe ici plusieurs causes d'erreur, et vous apprendrez à les éviter en employant le mode d'exploration suivant :

Ces ganglions sont situés dans le grand pectoral, au dessous de la clavicule. Mettez le grand pectoral dans le relâchement, en rapprochant le bras du tronc ; plongez alors les doigts ~~dans~~ à travers le muscle ; aucun obstacle ne s'opposera plus à votre exploration et vous pourrez apprécier la forme, le volume, la situation des engorgemens ganglionaires dont l'aisselle peut être le siège.
Ces précautions sont importants

car on a pu quelquefois se tromper: ainsi le bord inférieur ou axillaire du grand pectoral, à l'état de tension, a été pris pour une masse de ganglions indurés, et Boyer nous indique déjà le moyen d'éviter cette méprise. Il en est de même de l'apophyse coracoïde, etc a..

La tumeur que nous avons ici sous les yeux est mal limitée: elle présente un noyau plus considérable que les autres dans le côté gauche du sein; mais à la surface nous trouvons en grand nombre des plaques indurées, de petits noyaux durs, mamelonnés, hérissés d'aspérités. le

mamelon lui-même est déprimé, rétracté vers le centre de la mamelle, et il a pour ainsi dire disparu au milieu d'une ligne de circonvallation.

Si nous faisons contracter le muscle grand pectoral, il est facile de voir que la tumeur y adhère intimement. D'un autre côté, les plaques indurées de la peau sont comme soudées aux muscles sous-jacents (grand dentelé, intercostaux).

Voici donc un mode particulier de cancer du sein: c'est le **cancer ligneux atrophique en plaques et en masses** si bien décrit par M. Velpeau.

Cette forme de cancer est

assez commune, et je l'ai rencontrée bien souvent.

Une des particularités de son histoire est l'extrême lenteur avec laquelle ce cancer procède. Notre malade croit que chez elle le mal remonte à un an ; je ne le pense pas, sa marche est beaucoup plus lente.

Quelquefois même ces cancers marchent si lentement que les malades peuvent vivre encore très-long-temps.

En général il n'est point utile d'opérer ces tumeurs, et dans ce cas particulier un traitement palliatif est le seul qui nous reste à mettre en usage. Nous reviendrons un

peu plus loin sur cette question.

Chez notre deuxième malade, le cancer se montre sous des formes un peu différentes; elle est âgée de soixante trois ans; son embonpoint est assez marqué. Rien n'est grave comme un cancer du sein chez une femme grasse, car on trouve constamment des ramifications qui se perdent à travers la graisse, et les récidives sont plus faciles, et partant plus à craindre.

La tumeur est grosse comme un oeuf; elle est placée au centre de la mamelle; son origine paraît remonter à trois ans. À cette époque, on ne trouvait

qu'une toute petite tumeur au niveau du mamelon.

La Cautérisation fut employée pour la détruire; mais une récidive se manifesta bientôt et produisit la tumeur que nous voyons aujourd'hui.

Cette tumeur est dure; une plaque rouge, du diamètre d'une pièce de cinq francs, occupe sa partie moyenne; cette plaque est d'un rouge violacé, grenue; en cet endroit, une simple pellicule cutanée semble la recouvrir et disposée à fournir une hémorrhagie abondante au moindre attouchement. Nous trouvons encore ici des ganglions dans la paroi intérieure de l'aisselle seulement.

Nous avons déjà appris à les reconnaître ; je n'en parlerai pas.

En résumé, nous trouvons là une autre variété des cancers du sein ; et, pour mieux les graver dans votre mémoire, je vais les rappeler l'une après l'autre dans une courte description.

Le Cancer de la mamelle présente cinq formes ou variétés principales :

Première Forme : — Apparition d'une ride froncée dans les téguments, à ce niveau on trouve une petite plaque indurée, en corde, avec quelques ramifications étendues plus ou moins loin.

Deuxième forme — Chez les

femmes âgées le cancer débute par une **tumeur cutanée** incrustée dans le tissu même de la peau, et cependant saillante à l'extérieur. Cette tumeur est recouverte par une peau lisse, avec des tons violets à la surface; on dirait une pomme de terre rouge. Sa dureté est considérable; les douleurs sont rares et peu violentes.

Quelquefois la tumeur n'est pas aussi régulière; elle est pédiculée, mais toujours dure, lente dans son développement; elle ne s'ulcère pas: une pellicule des téguments, toujours complète, existe à sa surface. Ce genre de tumeurs peut durer dix, 15, 20 ans, sans

compromettre la vie des malades qui en sont atteintes.

Troisième forme : Cette forme de Cancer est caractérisée par une tumeur profonde dans l'intérieur de la mamelle : c'est un noyau central avec irradiations périphériques. On la rencontre plus particulièrement chez les femmes douées d'un certain embonpoint. Le plus souvent, à son début, on trouve des adhérences entre la peau et la tumeur.

Quatrième forme : Dans cette variété, la tumeur est parfaitement limitée, globuleuse, molle au toucher ; les téguments restent mobiles, exempts d'altération ; les ganglions s'engorgent

lentement.

Cinquième forme : — Squirrhe d'emblée : — au début, la mamelle est grosse et dure sur tous les points de sa surface. Si l'on fronce les téguments de manière à les rapprocher de la partie centrale, on voit les plis correspondre à une foule de dépressions indurées, bosselées. Cependant certaines femmes vous présenteront leur sein encore assez régulier avec des couleurs médiocres, et au premier abord on serait porté à croire que l'affection n'est pas encore caractérisée ; mais le signe indiqué tout-à-l'heure existe déjà.

Dans un temps fort court la mamelle va présenter un

autre aspect, elle va s'indurer; la peau participera bientôt à l'altération, et (chose remarquable!) le plus souvent le cancer s'étend des deux côtés à la fois et avec rapidité; en même temps le tissu cellulaire profond et toutes les parties molles sont envahies. C'est une sorte de plastron si dur, et la compression qui en résulte pour le thorax peut être telle que, d'après M. Velpeau, les malades peuvent succomber à une véritable asphyxie. En effet, les côtes sont fixées en place par cette sorte de carapace ligneuse de la peau; les mouvements respiratoires sont donc très-gênés ou impossibles, et la mort, qui est

inévitable, ne saurait beaucoup tarder.

Avec des caractères aussi tranchés que ceux précédemment décrits, il doit vous sembler, messieurs, que le diagnostic n'offre pas de chances d'erreur bien sérieuses. Cependant, au commencement de cette affection, l'erreur est bien facile.

Je me rappellerai toujours une malade, jeune encore, qui présentait un aspect induré, grenu, des téguments du sein. On avait pu croire à une tumeur mammaire chronique, et porté un pronostic favorable. Pour moi, en raison des signes énumérés plus haut, je regardais la tumeur comme cancéreuse et même

inopérable à son début.

Je crus devoir annoncer que les progrès seraient malheureusement rapides, car ~~des [illegible]~~ les granulations ou indurations étaient répandues en grand nombre dans les parties molles malades.

L'événement ne justifia que trop ces prévisions.

Que faire à ces malades ? La tumeur qui se présente ici (première malade) sous forme de plaques cutanées est lente, mais marche toujours ; l'opération pratiquée, même au début et dans les meilleures conditions, est suivie constamment de récidive.

Règle générale : toutes les fois

que les téguments sont envahis, le Cancer est grave; la récidive est certaine et ne se fera pas attendre, surtout pour les deuxième et troisième variétés, formées de tissus encéphaloïdes.

Dans certains cas (deuxième malade), la maladie est comme indolente; mais sa marche est néanmoins envahissante; les téguments restent intacts jusqu'au dernier moment; ils sont amincis, se déchirent. Des fongosités s'échappent à travers les ulcérations, et les hémorrhagies abondantes ne tardent pas à se produire.

Au milieu des ces désordres, l'aisselle reste longtemps exempte d'altération

On peut opérer cette variété encéphaloïde avec espoir d'une récidive tardive. Nous avons ici cette variété, qui est assez défavorable. Il y a des ramifications dans le sein, quelques ganglions dans l'aisselle. Cependant la malade réclame une opération et nous pensons que la récidive n'arrivera que dans un temps éloigné. Seulement, pour faire une opération utile, nous pratiquerons une large extirpation afin de dépasser autant qu'il sera possible les limites du cancer.

Chez notre première malade, on ne peut songer à aucune opération : cancer

ligneux par plaques, ulcérations nombreuses, ganglions volumineux dans l'aisselle.

Tout ce cortège de symptômes doit arrêter la main du chirurgien :

1° parce que l'étendue de l'affection locale ne permet guère de songer à une ablation complète ;

2° Parce que la diathèse ou cachexie cancéreuse existe chez cette femme au plus haut degré. Notre traitement doit donc se borner à être palliatif, en calmant ce mal incurable.

On remplit cette indication en diminuant les

douleurs au moyen de l'opium pris à l'intérieur et appliqué sur la partie malade. On augmente graduellement les doses du narcotique, et, autant qu'il est possible, on conduit ainsi doucement les malades à une mort désormais inévitable.

Nouveau procédé d'anaplastie pour la curation des fistules urétro-péniennes.

Le malade qui doit appeler notre attention aujourd'hui est un jeune homme agé de dix-huit ans, nommé Massé (Ernest). Il est atteint depuis son enfance d'une fistule urétro-pénienne. Nous n'avons jamais pu élucider complètement la cause et l'origine de cette infirmité. Ses parens ne lui ont rien appris à ce sujet. Seulement, aussi loin que son souvenir peut s'étendre, c'est-à-dire vers l'âge de cinq ans, ce jeune homme se rappelle qu'il urinait complètement par le

périnée et par la fente que nous voyons aujourd'hui.

D'après ce qu'il raconte, voici comment cet accident lui serait arrivé: un enfant de son âge lui aurait tiré la verge en jouant, et peu de jours après l'urine aurait commencé à couler par le périnée

Mais cette explication est peu satisfaisante; car, comment supposer qu'un enfant de 4 à 5 ans ait pu exercer une traction assez forte pour rompre le Canal?

Il est plus probable qu'une cause quelconque aura déterminé une rétention d'urine suivie d'une déchirure de l'urètre. Une inflammation gangreneuse survenue ensuite rendrait assez bien compte de la perte de substance que nous rencontrons.

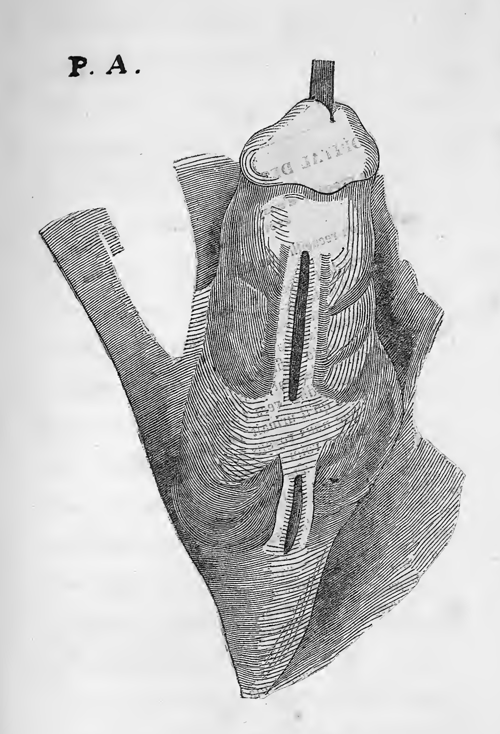
Une autre interprétation s'offre naturellement à ma pensée : les parents de cet enfant étaient cordonniers, par conséquent appelés par leur état à travailler des peaux d'animaux ; et peut-être une affection charbonneuse (pustule maligne), transmise par contact, aura-t-elle été la cause primitive des accidents que nous avons en ce moment sous les yeux.

Ces explications tout hypothétiques n'ont qu'une médiocre importance, et nous devons nous attacher surtout à préciser avec soin les symptômes de l'état actuel.

Depuis que ce jeune homme a pu s'observer, la perforation, ou fistule urétro-pénienne, a toujours

laissé passer l'urine.

C'est un garçon assez grand, fort, d'un blond châtain, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il est encore imberbe, et son système pileux est peu développé. Son embonpoint est remarquable; ses formes arrondies ont pour ainsi dire quelque chose de féminin, et l'on se demande si la fistule du périnée n'est point due à un arrêt de développement congénial; en un mot, si nous n'avons pas sous les yeux un cas d'hermaphrodisme incomplet. La verge est petite, ainsi qu'on peut bien observer par les planches A et C, qui représentent les parties de grandeur naturelle. La peau du prépuce est retirée en arrière, de sorte que le gland est complètement


P. A.

à découvert. Les testicules, assez petits, sont placés à la partie supérieure du scrotum, sur les côtés de la symphyse pubienne; quelques poils bien rares les recouvrent, ainsi que la peau adjacente.

Le gland a son volume proportionné au reste de l'organe, et le méat urinaire est ouvert et libre à sa place ordinaire. Un canal de 2 à 3 centimètres lui fait suite, sans rétrécissement aucun, bien que l'urine ne passe point dans cette partie du canal. Un peu plus en arrière, sur la ligne médiane, on trouve une ouverture, sorte de fente vulvaire de 3 centimètres et demi de long; cette fente est limitée en haut par une surface rosée, inégale, qui présente des ouvertures ou cryptes analogues à ceux de l'urètre normal. C'est une sorte de muqueuse, le

rapprochant par l'aspect de la surface cutanée. De chaque côté, on voit une membrane d'un rouge blanchâtre se confondant avec la peau du scrotum: au milieu est une gouttière ou rigole se continuant en haut et en bas avec l'urètre.

Si l'on vient à introduire une sonde par le méat urinaire, on voit apparaître le cathéter dans la solution de continuité, puis s'engager de nouveau dans l'ouverture inférieure de l'urètre, et de là il arrive bientôt dans la vessie. Au périnée, on trouve une peau ~~rouge~~ analogue à celle du scrotum, dont une partie a été ramenée en arrière.

Comme troubles fonctionnels, nous devons remarquer que l'urine, excrétée volontairement, s'écoule en

bavant au-dessous du scrotum par l'ouverture anormale de la verge.

L'érection est assez complète; la verge dans cet état n'est pas inclinée en bas; l'éjaculation du sperme a lieu par la fente fistuleuse, mais le coït est impossible. la solution de continuité primitive avait 2 centimètres de largeur: de la partie antérieure de la fistule au méat urinaire, on trouvait 3 centimètres et demi de longueur, et 11 centimètres de l'anus à la partie postérieure de cette même fistule. En ce point existait primitivement une petite bride formée par un reste de la paroi inférieure de l'urètre; elle fut excisée à l'époque de la première tentative de restauration faite par M. Gosselin en 1851 (24 février).

Le procédé mis alors en usage est celui de mr. Olliot : un lambeau cutané pris sur le côté gauche de la fistule fut ramené sur le bord droit préalablement avivé : là on le fixa avec des serres-fines et quelques épingles servant à supporter une suture entortillée. Une sonde avait été placée à demeure. Cependant la réunion échoua dans toute son étendue, à l'exception d'un petit point de quelques lignes qui contracta des adhérences et forma une sorte de pont jeté entre les deux fistules que nous voyons aujourd'hui.

Un peu plus tard, MM. Giraldès et Jarjavay ont opéré ce jeune homme chacun de son côté et sans plus de succès.

A l'époque où je pris le

service (mai 1851), je tentai aussi une opération qui eut le sort des précédentes, et le malade quitta l'hôpital sans avoir obtenu d'amélioration. Aujourd'hui, 18 février 1852, il revient encore solliciter les secours de la chirurgie, et il veut à tout prix être débarrassé de son infirmité. (pl. A).

La fistule est large de 2 centimètres; elle en offre 3 en longueur; les bords sont étroits, calleux; la peau environnante est rétractée et privée de souplesse: c'est un cas difficile à guérir.

Ici, l'avivement et la suture simple sont des moyens complètement insuffisans, et nous ne pouvons songer à l'occlusion de la fistule qu'en faisant un emprunt aux parties voisines. C'est donc une

véritable anaplastie, ainsi que a Cooper et M. Jobert l'ont pratiquée plus d'une fois avec succès.

Ce premier point décidé, nous avons encore à examiner deux questions importantes :

A. Quel procédé mettrons-nous en usage dans ce cas particulier ?

B. Quelle voie prendrons-nous pour soustraire nos lambeaux à l'influence délétère de l'urine, et comment nous sera-t-il possible d'en détourner le cours pendant la cicatrisation ?

I. J'avais quelque tendance à employer un procédé analogue à celui de mr. Alliot. Deux mots suffiront pour vous le remettre en mémoire :

Il arrive souvent qu'à la suite des urétro-plasties l'urine, passant

entre le canal et la sonde restée à demeure, vient filtrer au niveau de la suture qui assujettit la portion transplantée, et empêche ainsi la réunion. Pour donner plus de chances de succès à l'opération, M. Alliot a essayé de placer la suture au-delà des limites de la fistule. Pour cela, il pratiqua sur un des côtés de l'ouverture deux incisions transversales qui la dépassaient en haut et en bas, et disséqua la peau de ce côté, tandis que de l'autre il enleva complètement une portion de téguments. Ramenant alors le lambeau sur la surface dénudée, il fit deux points de suture assez loin de l'urètre et appliqua un bandage dont la douce pression servait à rendre le contact plus

tistime. La réunion eut lieu d'une manière solide et parfaite.

Mais, Messieurs, par ce procédé on fait une perte de substance, et cette considération est ici d'une certaine gravité; car nous avons peu de peau et vous avez pu voir que les cicatrices résultant des opérations précédentes sont étendues au loin.

II. Le Lambeau peut être pris sur le scrotum, dans le cas où l'ouverture est située au voisinage de cette région

Il y a deux procédés: dans l'un on laisse le lambeau adhérent par la partie antérieure, et on le retourne sur lui-même pour l'amener au contact avec la fistule préalablement avivée;

Dans l'autre, on laisse adhérer le lambeau par la partie postérieure, on le dissèque, et sans être obligé de le ~~contourner~~ retourner, on l'amène d'arrière en avant. A. Cooper a réussi une fois par le premier de ces procédés; le second a été proposé par M.r Dieffenbach; mais il exige une grande souplesse et une grande laxité de tissus qui n'existent pas chez notre malade.

Dans l'un et l'autre de ces procédés, le lambeau peut être assujetti au moyen de la suture entortillée.

J'ai bien des fois mis en pratique ces diverses méthodes opératoires, et j'ai été frappé d'une chose: c'est que les fils agissant sur de simples bords mis en

contact, coupent trop vite la peau.

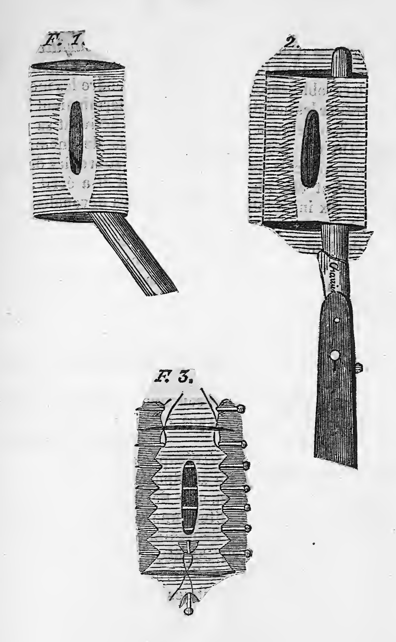
En présence de ces difficultés, je me suis demandé si l'on ne pourrait, en disséquant la peau d'une manière suffisante, obtenir de larges surfaces que l'on pourrait affronter l'une à l'autre.

Voici, Messieurs, l'idée à laquelle je me suis définitivement arrêté, (Pl. B).

1° Des incisions horizontales seront faites au-delà des limites supérieures et inférieure de la fistule principale. (T. B. f. 1 et 2.).

2° Chacun des lambeaux sera disséqué avec soin de dedans en dehors, et alternativement avec le bistouri droit et le bistouri courbe et les ciseaux.

P. B.



2° Aviver les bords de la fistule, sorte de dénudation avec dissection

3° La peau saine ainsi décollée sera amenée au-devant de cette large fistule (fig. 3).

4° La largeur des lambeaux disséqués nous permettra d'affronter des surfaces et non des bords, et c'est cette modification importante apportée au procédé opératoire qui me donne quelque espoir de réussir, et m'engage à tenter une nouvelle restauration.

5° La suture entortillée réunira les lèvres de la plaie (fig. 3).

Admettons un instant que les sutures manquent leur effet, que les tissus se séparent, les lèvres de la plaie seront maintenues en rapport par les ponts de peau placés aux extrémités, sorte de sutures vivantes qui maintiendront les rapports comme dans l'opération du bec-de-lièvre modifiée par notre procédé.

Il pourra arriver que l'urine passe au-dessous du pont postérieur ; mais nous aurons toujours diminué la fistule, et nous aurons trois petites fistules au lieu de deux grandes, et dans ce cas

malheureux la réunion serait encore plus facile à obtenir. Si les choses se passent bien, notre malade guérira complètement, du moins j'en ai l'espoir.

B. Quel moyen emploierons-nous pour soustraire nos lambeaux à l'influence de l'urine ?

Cette question a vivement préoccupé les chirurgiens. En effet, c'est le contact de ce liquide irritant qui détruit le plus grand nombre des anaplasties que l'on est appelé à pratiquer sur les organes génito-urinaires. Si on laisse une sonde à demeure, le premier

l'urine suit cette voie (c'est ce qui est lors de la première opération de M. Gosselin); mais les jours suivants l'urine commence à filtrer entre la sonde et la fistule, et commence à détruire les chances de l'opération.

Pour remédier à ce grave accident, les chirurgiens ont successivement mis en pratique différents moyens:

1° La sonde à demeure, conseillée par Boyer, Dupuytren, A. Cooper, et de nos jours par Mr. Jobert (de Lamballe); nous venons d'en signaler les inconvénients.

2° Un chirurgien distingué de Toulouse, M. Viguerie,

a pratiqué la boutonnière sur deux individus. On ne trouve aucuns détails sur un de ces malades. Quant à l'autre, la boutonnière, en détournant l'urine, permit de cicatriser deux fistules jusqu'alors incurables.

3° MM. Ségalas et Ricord ont employé avec succès l'autoplastie et la boutonnière.

Ici notre boutonnière se trouve pour ainsi dire préparée à l'avance; et, ~~et~~ comme je n'ai l'intention ~~de~~ d'opérer aujourd'hui que la plus grande des fistules (l'antérieure), nous nous servirons de la fistule postérieure pour évacuer l'urine:

au lieu de laisser une algalie à demeure, le malade sera sondé plusieurs fois dans les vingt quatre heures avec précaution, aussi souvent en un mot que les besoins l'exigeront.

Première opération. — Le 10 mars 1852, M. le professeur Nélaton pratique l'opération comme il a été dit plus haut chez suivant les différents temps indiqués dans les figures 1, 2, 3, pl. B.

Suites de l'opération — Dans la journée, douleur assez vive. Le malade garda son urine jusqu'au soir et fut sondé deux fois dans la nuit (la sonde était

introduites par la fistule postérieure ou périnéale).

Deux érections se sont manifestées, mais le malade s'est réveillé à temps pour les faire disparaître avec des irrigations froides.

Le troisième jour (13 mars) les trois épingles moyennes sont enlevées, mais les fils sont laissés en place.

Le cinquième jour, les épingles des angles supérieurs et inférieur sont enlevées à leur tour et quelques bandelettes de taffetas gommé et de collodion les remplacent. Le malade est toujours sondé par la fistule périnéale.

Le sixième jour, ~~les épingles des~~ la réunion paraît complète; mais on remarque sur les bords de la plaie un commencement de rougeur festonnée par plaques, indice certain d'un érysipèle; en même temps, le malade est pris de fièvre, d'envies de vomir; — Ipéca, 1 gr.

L'érysipèle suit ses phases ordinaires, reste limité à la région génitale et finit par s'éteindre sur place.

Le quinzième jour, la cicatrice est devenue solide malgré l'érysipèle; de sorte que la grande fistule

est à peu près complètement fermée.

Deux des points inférieurs de la suture ont manqué; cependant le résultat désiré est en partie obtenu, car de 15 centimètres qu'elle avait, la fistule est réduite à quelques millimètres; seulement des bourgeons charnus roses et vermeils existent à l'endroit où la réunion ne s'est pas faite, et semblent annoncer qu'elle ne tardera pas à se faire.

On touche cette surface avec un pinceau trempé dans la teinture

d'iode, et quinze jours après toute cette grande fistule était complètement fermée.

Deuxième opération – Le 5 mai, M. le Professeur Nélaton pratiqua sur la fistule postérieure la même opération qui avait si bien réussi ~~sur la~~ pour la première fistule. Celle-ci n'avait que deux centimètres.

Les mêmes temps de l'opération que nous avons détaillés plus haut ont été répétés ici:

1° Deux incisions transversales à une certaine distance des extrémités de la fistule;

2° Les lambeaux sont disséqués du milieu vers la périphérie;

3° avivement des bords de la fistule;

4° par ce moyen on obtient deux larges surface que l'on affronte l'une à l'autre;

5° les angles sont évidés, et cette modification est d'autant plus heureuse, que c'est par les angles que l'ulcération et la gangrène des lambeaux commencent;

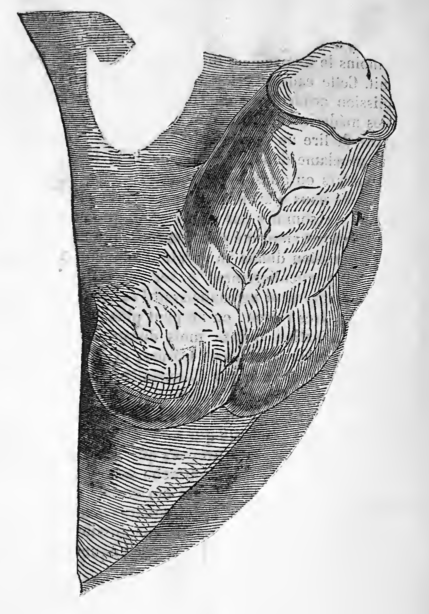
6° les incisions faites au-delà de la fistule nous permettent d'avoir ainsi deux ponts de suture vivante

qui ~~permettent~~ maintiennent et assurent la réunion des lambeaux.

Cette fois encore le malade a été sondé à plusieurs reprises chaque jour; et comme il est intelligent, il est parvenu à se sonder lui-même en parcourant toute la longueur de l'urètre.

Les sutures ont été enlevées les troisième et cinquièmes jours, et aucun accident n'est venu compliquer l'opération; cependant la réunion primitive n'a été que très-imparfaite, et la plus grande partie de la plaie

P. C.



s'est cicatrisée par deuxième intention.

Aujourd'hui, 15 Juin 1852, à la place de cette large fente, ou fistule urétro-pénienne (représentée dans la planche A), nous trouvons une cicatrice linéaire et solide, que l'on peut voir (planche C)

Les fonctions de l'organe sont parfaitement rétablies.

1° L'urètre est large et libre dans toute son étendue, sans aucune espèce de rétrécissement; il admet facilement une grosse sonde de trousse;

2° Le jet d'urine est

plein et continu ;

3° Les érections sont complètes.

4° L'éjaculation du sperme est abondante et faite par le méat ~~urinaire~~.

5° En un mot, toute trace de l'infirmité première a disparu.

Polype du Rectum:

hypertrophie des follicules.

~~[illegible]~~ -

Nous avons, Messieurs, au n° 18 de notre salle des hommes, un nommé Josse, agé de 42 ans, exerçant l'état de brocanteur.

Il a été antérieurement atteint de plusieurs affections; notamment du scorbut, en Morée où l'avait conduit le service militaire.

En 1828, il a eu une dyssenterie; depuis lors, il perdait toujours un peu de sang

à chaque fois qu'il allait à la selle; plus tard, cet écoulement ne s'est fait que tous les mois, d'une manière assez régulière; c'était, pour ainsi dire, comme une perte menstruelle.

En 1840, il éprouva des douleurs vives qui ~~l'engagea~~ le décidèrent à consulter un médecin; celui-ci constata des hémorrhoïdes qu'il traita par la cautérisation, et le malade fut guéri.

En 1849 notre malade eut une fistule; guérison après traitement de Mr. le professeur Velpeau.

Depuis cette époque, il a constaté la présence d'une tumeur qui, dit-il, a sans cesse donné du sang.

Aujourd'hui, la région anale est occupée par une tumeur, ~~rouge~~ grosse comme un oeuf, et d'un brun-rougeâtre plutôt que rouge: elle présente des mamelons ramollis, saignants: elle est supportée par un pédicule qui s'engage dans le rectum; et le toucher anal nous a fait reconnaître un cul-de-sac, à une certaine profondeur, au niveau du reploiement de la muqueuse.

Il s'agit donc là, Messieurs,

d'un véritable polype du Rectum.

Cette maladie est assez rare chez l'adulte, mais beaucoup plus commune chez l'enfant.

Chez les enfans, du moment qu'une nourrice vous dit qu'il se présente au fondement de son enfant une tumeur comme une cerise, et que de plus il y a perte de sang dans la ~~[illegible]~~ défécation, on peut diagnostiquer un polype du rectum.

Ces sortes de tumeurs présentent chez les enfans un pédicule d'un tissu assez mou; de sorte que

le plus souvent on peut, avec un doigt introduit dans le rectum, ou bien avec deux doigts, les arracher, les cueillir pour ainsi dire: quand la tumeur est à l'extérieur, on peut la saisir entre les doigts, ou bien la couper avec les ongles; etc. —

Les auteurs ne sont pas bien d'accord sur la texture et la composition de ces tumeurs chez l'enfant. Il est cependant facile de constater au microscope la présence d'un tissu folliculeux ayant plusieurs ouvertures au dehors, à l'extérieur. Rien n'est

plus simple que cette affection du jeune âge; c'est à peine si quelquefois il faut recourir à la ligature.

Pour l'adulte, il n'en est plus de même; souvent le pédicule renferme des vaisseaux, et en le tenant entre l'index et le pouce, on peut quelquefois sentir battre les artères. les douleurs sont vives.

Diagnostic différentiel — On ne saurait, Messieurs, confondre cette maladie avec une chute du rectum ou un bourrelet hémorrhoïdal, mais il n'en est pas de même de ~~invagination~~ l'invagination. Dans ce cas-ci (invagination), on pourrait très-bien passer un doigt

tout ~~autour~~ ~~dans~~ autour de la tumeur sans rencontrer de cul-de-sac, et sans atteindre le point d'implantation de cette tumeur.

Il pourrait aussi arriver qu'une tumeur quelconque, venant des parties voisines, refoulât la muqueuse, et vînt faire saillie à l'extérieur; mais alors, Messieurs, nous aurions les caractères de cette muqueuse, et non ceux d'une tumeur telle que celle qui se présente chez notre malade.

Traitement — Messieurs, avant de tenter une opération, il faut prévoir

et prévenir le danger d'une hémorrhagie, et pour cela lier préalablement le pédicule tout entier.

Après cette précaution on commence à inciser légèrement, et si l'on voit jaillir le sang, ce qui indique un pédicule vasculaire, on a recours à la ligature partielle, selon le volume du pédicule; le moyen le plus simple pour la ligature partielle, c'est de passer un fil double par le milieu du pédicule, et de lier les deux parties supérieures, si l'on se

trouvait trop à l'étroit dans le rectum, on pourrait ~~[illegible]~~ dilater préalablement l'anus. Il suffit, Messieurs, pour opérer cette dilatation forcée, d'introduire les pouces et d'exercer une traction en sens ~~il est bien essentiel~~ inverse jusqu'à ce que le sphincter ait cédé.

Il est bien essentiel, pour étreindre le pédicule de la tumeur, d'employer un lien assez volumineux afin de ne pas couper ce pédicule.

L'opération fut pratiquée par M. le professeur Nélaton avec toutes les précautions ci-dessus indiquées; no-

tamment le pédicule fut
lié avant l'excision de
la tumeur, il n'y eut
ni accidents ni hemorrha-
gie. Le sixième jour
de l'opération, eut lieu
la chute de la portion
du pédicule qui restait encore.
Le vingtième jour
le malade sort guéri.

Table.

Titres des leçons
et des observations. Pages

---

(1) une observation d'amputation sous-astragalienne — une observation de Chopart — une troisième de Lisfranc. (3 succès).